

La Paralyse Générale chez les Indigènes Musulmans de Tunisie


(Travail de l'Hôpital de la Manouba)

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE 22 JANVIER 1940

PAR

Jean OLRV

Né le 5 Août 1910 à Angoulême (Charente)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM ROGER

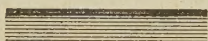
OLMER
PAILLAS
ALLIEZ

Président

Assesseurs

Imprimerie M. Leconte
98, Cours Lieutaud
Marseille
1940

La Paralyse Générale
chez les Indigènes Musulmans
de Tunisie



(Travail de l'Hôpital de la Manouba)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

No

La Paralysie Générale chez les Indigènes Musulmans de Tunisie

(Travail de l'Hôpital de la Manouba)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

LE 22 JANVIER 1940

PAR

Jean OLRV

Né le 5 Août 1910 à Angoulême (Charente)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM ROGER	{	Président
		OLMER		Assesseurs
		PAILLAS		
		ALLIEZ		

Imprimerie M. Leconte
98, Cours Lieutaud
Marseille
1940

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE
DE
MEDICINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de cours

Clinique dermatologique VIGNE



Agrégés en exercice

MM. PIERI
JAYLE
MOIROUD
CARCASSONNE
BERTHIER
POINSO
DUBOULOZ
SAUTET
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA

MM. SALMON
ARNOUX
DELPHAUT
PAILLAS
IMBERT
AUDIER
CHOSSON
DOR
RECORDIER

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaire

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Médecine du travail</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	QUINTARET
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacie chimique</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548219_0103

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur ROGER

qui a bien voulu présider mon jury de thèse.

En hommage de profonde gratitude pour la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée et de très respectueuse affection.

A Monsieur le Professeur OLMER

A qui je dois une profonde reconnaissance pour l'indulgence qu'il m'a toujours témoignée et pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur PAILLAS

En hommage de respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur ALLIEZ

Que je remercie ici de tout ce qu'il a fait pour moi en hommage de profonde affection et sincère reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Au Docteur Pierre SCHUTZENBERGER

Le premier de mes maîtres dans les hôpitaux psychiâtriques, son exemple m'a fait aimer cette carrière et m'a donné le désir d'y entrer. Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

Au Docteur Pierre MARESCHAL

Qui a été l'inspirateur de ce travail. Je sais tout ce que je lui dois dans mes connaissances psychiâtriques. Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de ma très fraternelle affection.

Au Docteur PERRUSSEL

Dont le souvenir demeure si vivant et si affectueux à la Manouba, surtout parmi les malades. Je lui ai emprunté de nombreuses observations et lui exprime ici ma respectueuse reconnaissance.

Au Docteur CHAURAND

Je lui ai emprunté dans le travail qu'il a fait en collaboration avec le Dr Mareschal, de larges passages. Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude.

Au Surveillant général de l'Hôpital Psychiatrique de Blois

Monsieur DESBRUERES

En témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour moi.

*Au Surveillant chef et à la surveillante de l'Hôpital
des maladies mentales de la Manouba*

Monsieur et Madame André DURAND

En témoignage de ma cordiale amitié, de mon fidèle souvenir et de ma reconnaissance.

*Au Surveillant chef de l'Hôpital des maladies mentales
de la Manouba*

Monsieur A. MLOUKA

En témoignage de ma sincère amitié et de ma reconnaissance.

Première Partie

Introduction

Dans une question aussi controversée que celle de la paralysie générale chez l'indigène musulman d'Afrique du Nord, le seul travail actuellement utile est l'accumulation des faits cliniques.

Avant de rapporter ces faits, il me semble indispensable de montrer les conditions dans lesquelles ils furent recueillis et de situer leur importance, ce qui n'est possible qu'après un très bref exposé de l'état de l'assistance aux aliénés en Tunisie.

Pour toute la Régence existent actuellement un service ouvert fonctionnant à l'Hôpital Civil Français et un hôpital psychiatrique construit à la Manouba dans la banlieue de Tunis. Le total des places pour ces organisations réunies est d'environ trois cents lits.

Dans ces conditions, il est inutile d'insister sur le fait que les malades qui fréquentent les services sont surtout des habitants de Tunis ou des régions environnantes. Les malades des autres centres urbains viennent séjourner à l'hôpital lorsqu'ils sont assez riches pour supporter les frais du voyage ou lorsque l'autorité civile ou judiciaire les place de force à l'Asile ; le nombre des placements médico-légaux augmente actuellement dans des proportions considérables.

La masse des populations arabes du bled reste donc en dehors de notre champ d'observation.

Si, normalement, l'aliéné internable doit passer du service ouvert à l'Asile, après quinze jours de mise en observation, le manque de place dû à l'accumulation des chroniques de l'hôpital de la Manouba n'a pas laissé un jeu suffisant pour que cette organisation puisse fonctionner.

Les services se sont de plus en plus individualisés et de nombreux P. G. ont été traités à l'Hôpital Civil Français que nous n'avons jamais vu à la Manouba.

Notre champ d'expérience est donc restreint, ce qui n'autorise qu'à des conclusions prudentes. Par contre, il est évident que dans ces conditions, l'apport de nombreux cas de paralysie générale musulmane trouve un intérêt considérablement accru.

La fréquence de la paralysie générale n'augmente pas seulement en Tunisie, le nombre des observations recueillies en Algérie et, au Maroc s'est accru au point que les auteurs ne publient plus des cas isolés mais des faisceaux de faits autorisant déjà quelques conclusions d'ensemble.

La fréquence de la paralysie générale musulmane, jadis considérée comme exceptionnelle, est donc remise en question.

L'opinion nouvelle qui tend à se faire jour a le mérite appréciable de s'appuyer sur des faits précis confirmés par le laboratoire. Ces faits rapportés par des médecins aliénistes font l'objet de statistiques montrant dans les asiles, l'égale fréquence de la paralysie générale pour l'indigène et pour l'européen. Ces statistiques ont le tort de rapporter le nombre des paralysies générales au nombre des maladies mentales et non au nombre des syphilis.

C'est ce que leurs reprochent les syphiligraphes généralement partisans de la rareté de la maladie. Ces spécialistes ont pour eux l'argument de milliers de malades ayant fréquenté les dispensaires et s'étant toujours montrés indemnes de lésions de méningo encéphalite syphilitique. Quelle que soit la rareté des cas de paralysie générale comparativement au nombre des syphilis, il n'en reste pas moins que ces P. G. n'ont pas fréquenté les consultations de syphiligraphie, les statistiques des syphiligraphes à leur égard, n'ont donc qu'une valeur spéculative.

En résumé, on se trouve actuellement dans une situation très paradoxale, créée par l'absence de la paralysie générale dans les centres anti-vénériens et en ville et sa présence dans les asiles où le nombre des cas est proportionnellement analogue à celui des asiles de France.

La question apparaît confuse et on ne saurait ajouter trop de valeur aux dires de ceux qui prêchent la prudence en cette matière.

Après avoir rappelé un état de fait justifiant l'opinion de certains sur la rareté de la maladie, je résumerai les explications qui rendent compte de cette rareté relative.

J'exposerai ensuite les faits d'observation recueillis à l'hôpital de la Manouba, puis je tenterai de montrer ce qui dans notre champ d'observation, justifie ou contredit les travaux anciens, sans m'efforcer de tirer de ces observations des enseignements qui les dépasseraient.

Si j'ai le bonheur de réussir dans cette tâche, j'aurai le mérite d'avoir contribué pour une très petite part à déplacer la question du domaine des impressions dans celui plus solide de la réalité.



Données historiques sur la Paralyse Générale chez les Indigènes Musulmans

On a pensé faire remonter l'étude de la paralysie générale chez l'indigène musulman à la période précolombienne. MM. Montpellier et Sézary engagèrent à ce sujet une controverse toute rayonnante de leur grande érudition. L'éclat des noms qui s'attachent à cette discussion valut seul au débat un souvenir durable ; les cendres de Boabdil, de Maranos, de Ferdinand le Catholique un instant soulevées par un vent de suspicion, retombèrent dans le calme et dans l'oubli, les médecins charmés et indécis attendent encore des conclusions précises.

Plus modestes sont les faits récents mais connus.

Régis, le premier, consacre dans son traité de psychiatrie, un certain développement à la question. Depuis, chaque ouvrage sur la paralysie générale comprend un paragraphe rappelant la rareté de l'affection chez les Arabes.

Les faits cliniques sont si rares qu'il est aisé de les rapporter tous, leur indigence est à elle seule assez démonstrative.

Les cas les plus anciens furent retrouvés à l'Asile d'Aix, par le Docteur Meillon ; ils se rapportent à des Algériens hospitalisés de 1877 à 1889, ces cas furent vivement discutés et nous ne les citerons que pour mémoire.

Auguste Voisin relatant sa visite au quartier d'Hospice de l'Hôpital Sadiki de Tunis, déclare à la séance de la Médico-Psychologique de Paris en 1896 :

« Le Dr Lowy me dit que le tabes et la paralysie générale « sont excessivement rares, il n'a vu à l'hôpital qu'un cas de « paralysie générale et pas de tabes ».

Au début du siècle, Scherb en Algérie, trouve après dix ans de recherches, deux cas de paralysie générale chez des musulmans.

Les auteurs ne signalent ensuite la maladie que pour dire qu'ils ne l'ont pas vue.

En 1919, la première observation complète de paralysie générale chez un musulman est publiée par Porot et Senges. Dans sa thèse, la même année, Laurens rapporte à son tour une observation.

Le dogme de la rareté est encore renforcé à la Réunion Neurologique Internationale de 1920. C'est la conclusion des Travaux de l'époque. Notamment du traité sur la « syphilis arabe » de Lacapère.

En 1926, Goëau-Brissonnière rapporte dans sa thèse un faisceau d'observations. Vue l'indigence des faits jusque là recueillis, la thèse de Goëau-Brissonnière était un événement peu ordinaire. Les critiques délaissèrent la valeur réelle des faits pour s'attacher à leur interprétation. Cette mise au point n'eut pas pour conséquence une œuvre plus constructive et les faits eux-mêmes tombèrent dans l'oubli.

En 1934, une enquête du « Maroc Médical » tenta d'établir une opinion d'ensemble sur la question. Les conclusions conformes à l'opinion désormais classique furent brillamment développées par Lacapère, Decrop, Montpellier et Porot.

Dans cette enquête, Du Mazel disait avoir rencontré en treize années, neuf cas de paralysie générale, dont deux femmes, il se jugeait dans des conditions matérielles peu favorables et faisait des réserves sur ses conclusions.

Decrop disait avoir observé un cas en 1919 et un cas en 1927.

Dulucq signalait un cas rencontré par lui en 1933.

Dans les huit cas de Gallouin observés chez des indigènes, nous ne savons s'il s'agissait de musulmans ou d'israélites.

Bourdon enfin signalait deux cas seulement, observés par lui jusqu'en 1934.

Sur 26.000 fiches collationnées au Dispensaire de Fez, on ne trouvait que cinq cas de paralysie générale dont un publié par Lacapère.

Sur 32.216 fiches du Dispensaire Anti-Vénérien de Tanger, on ne relevait aucun cas de paralysie générale.

La même année au Congrès de Tunis, Cassar reprenait les conclusions du « Maroc Médical ». En quinze ans, sur 15.960 syphilitiques, il disait n'avoir observé qu'un cas de paralysie générale chez un Arabe.

Ces conclusions étaient les mêmes pour Broc, qui, en trente ans d'exercice n'avait jamais observé de paralysie générale musulmane en Tunisie.

M. Perrussel n'eut que plus de mérite à contredire une croyance si unanimement admise. Dans les services de la Manouba qui venaient d'ouvrir, il avait observé plusieurs cas de paralysie générale. L'aspect clinique particulier, les conditions d'observation défavorables expliquaient pour l'auteur, la difficulté du diagnostic en ville, ou même dans les dispensaires anti-vénériens.

Il citait, après Auguste Marie, les paroles du Dr Warnok à propos de la paralysie générale égyptienne : « Tant qu'il n'y eût pas d'asile au Caire, la légende persista, comme en Algérie, de l'absence de paralysie générale arabe. Il a suffi d'ouvrir les Asiles de Kanka et d'Ahbassiéh pour que les cas s'affirment fréquents et constants, on le voit depuis 20 ans ».

M. Perrussel fut soutenu par MM. Dumazel et Porot, qui, favorisés par une organisation matérielle nouvelle, avaient vu en quelques mois le nombre des P. G. s'accroître de manière appréciable. Ces auteurs jugeant le recul insuffisant se gardaient de conclure.

En 1937, à la Société de Médecine de Tunis, puis au Congrès de Nancy, Mareschal et Chaurand rapportaient 23 observations de paralysie générale musulmane. Leur opinion conforme à celle de Perrussel, fut l'objet de critiques de la part de Cassar.

Le 17 décembre 1937, à la Société de Médecine d'Alger, le Pr. Porot publiait à son tour 40 observations qui devaient faire l'objet d'un plus important travail.

Lamarche signalait dernièrement, à la Société de Médecine de Tunis, qu'il possédait dans ses dossiers de l'Hôpital Civil Français, une quinzaine d'observations de paralysie générale musulmane.

Le Pr. Roger, dans une étude d'ensemble très condensée et très complète sur la « Neuro-syphilis exotique » (Marseille-Médical du 15 juin 1939), notait la fréquence relative des cas de paralysie générale indigène qui ne doit pas entraîner une exagération inverse et faire croire à leur multiplicité.

Donadieu estime en 1939, qu'au Maroc, le nombre des paralysies générales reste encore inférieur aux chiffres rapportés en France et ne s'accroît pas. Il publie 24 observations.

En résumé, nous pouvons schématiser les résultats de ces quelques données de la manière suivante :

Exception faite du travail de Goëau-Brissonnière paru en 1926, l'opinion classique avant 1934, est l'extrême rareté de la paralysie générale chez l'indigène musulman d'Afrique du Nord. Depuis cette date, une opinion nouvelle tend à se faire jour et si la majorité des médecins reste attachée à l'opinion classique, d'autres ne craignent pas de tout remettre en question.



Ensemble des arguments qui tentent de rendre compte de la rareté de la Paralytie Générale chez l'Indigène Musulman d'Afrique du Nord

Si le médecin nouvellement débarqué de France s'étonne volontiers des formes singulières de la syphilis arabe, celui qui exerce depuis des années sur le continent africain, demeure surpris de l'extraordinaire évolution de la maladie depuis trente ans.

« Les générations que formèrent ces maîtres (Gémy et Brault), écrit à ce propos M. Montpellier, gardent encore la vision inoubliable des syphilis mutilantes invraisemblables, qui faisaient des services de l'époque, une sorte de musée des horreurs ».

Les particularités de la syphilis arabe aujourd'hui atténuées peuvent se résumer de la manière suivante :

- 1°) Syphilis héréditaire fréquente sous toutes ses formes,
- 2°) Syphilis primaire caractérisée par sa précocité, son gigantisme, la fréquence des formes extra-génitales,
- 3°) Syphilis secondaire écourtée et peu importante,
- 4°) Syphilis tertiaire phagédénique et mutilante,
- 5°) Syphilis nerveuse rare, paralysie générale et tabes exceptionnels.

La rareté de la syphilis nerveuse semble d'autant plus curieuse chez l'indigène, que son système nerveux est atteint comme les autres viscères au cours de la septicémie de la période secondaire.

Comment expliquer la rareté ultérieure de la syphilis nerveuse parenchymateuse ?

Quatre types d'arguments tentent de répondre à cette question.

Le virus tout d'abord peut montrer un neurotropisme faible, c'est reprendre la question de la pluralité des virus.

La syphilis elle-même, dans ses manifestations cliniques peut présenter une particularité expliquant l'immunité du système nerveux de l'indigène à l'égard du tréponème, nous rappelons à ce sujet le caractère mutilant de la syphilis tertiaire.

Le terrain à son tour peut intervenir, et certaines particularités physiopathologiques, des arguments psychiâtriques ont été invoqués.

Enfin, des facteurs extérieurs, civilisation, intoxications, traumatismes divers pris dans le sens large, seraient susceptibles d'agir sur le virus, la maladie ou le terrain.

Nous savons qu'en schématisant ainsi nous trahissons la pensée des auteurs, car pour eux ce n'est pas un seul de ces facteurs qui intervient, mais l'ensemble des arguments que nous venons de rapporter. Ils mettent seulement l'accent sur l'un ou l'autre de ces faits, se gardant prudemment d'écarter les autres.

Dans un but de clarté, pour éviter des redites, nous avons adopté ce plan, nous ne nous dissimulerons pas qu'il est sujet à des critiques sérieuses.

I. — LE VIRUS SYPHILITIQUE.

A la suite des travaux de Levaditi, Marie, Fournier, Schwartz, on a pu croire à la pluralité des virus syphilitiques.

Il existerait d'après ces auteurs, deux variétés de virus qui, suivant leurs affinités, seraient appelés virus dermatrope ou virus neurotrope.

Nous ne pouvons exposer les arguments qui justifient cette distinction, ils sortent du cadre de notre travail. Rappelons seulement que cliniquement, le virus dermatrope donnerait des accidents parfois intenses jusqu'à la période quaternaire mais ne donnerait jamais de syphilis nerveuse, alors que le virus neurotrope donnerait fréquemment une syphilis d'aspect bénin, se compliquant ultérieurement de syphilis nerveuse grave.

Les quelques traits que nous avons donnés de la syphilis arabe, se rapportent nettement à une manifestation du virus dermatrope. Même aspect floride des lésions au cours de la maladie sans syphilis nerveuse ultérieure.

La théorie dualiste explique donc, à merveille, l'allure particulière de la syphilis arabe qui inversement, fournit un argument à la pluralité des virus syphilitiques.

Les travaux de Sicard ont accumulé des preuves si sérieuses contre cette théorie, qu'elle paraît aujourd'hui difficilement soutenable. L'éventualité d'un virus dermatrope à l'origine de la syphilis arabe est d'ailleurs critiquée par Sézary qui fournit à l'encontre des arguments que nous rapporterons plus loin.

Mais si la pluralité des virus n'est plus soutenable, Jean-sélme, Gougerot et Montpellier ont pu soutenir l'hypothèse d'une spécialisation du germe. Il n'y aurait plus qu'un virus syphilitique mais celui-ci constamment attiré vers le même organe par des conditions extérieures particulières, acquerrait une sorte « d'organotropisme ».

L'affinité du germe pour une localisation n'aurait plus le caractère fatal qui singularisait les virus neurotropes ou dermatropes, il s'agirait d'une habitude qui marque profondément le virus, sans impossibilité pour lui d'une évolution reversible.

Par un détour, nous sommes amenés à considérer de nouveau la pluralité des virus syphilitiques, pluralité fictive en quelque sorte, mais pluralité quand même.

C'est le traumatisme qui jouerait le rôle d'appel à l'égard du tréponème, traumatisme pris dans le sens très large que lui donne Lacapère, c'est-à-dire l'action irritante continue allant depuis la simple pyodermite, au surmenage intellectuel et à l'alcoolisme.

La syphilis arabe est à cet égard particulièrement démonstrative.

La peau de l'indigène est soumise à des traumatismes continus, plaies négligées, malpropreté, parasites dont l'effet est d'attirer le virus vers les léguments où il donne volontiers des lésions importantes, phagédéniques et mutilantes. Par contre, le virus ne se localisera pas sur les centres nerveux étrangers à tout surmenage intellectuel et mis au repos au cours de longues heures de sommeil.

L'argument de la spécialisation n'échappe pas plus que celui de la pluralité du germe à deux sortes de critiques formulées par Sézary.

Le virus dira-t-il en substance, est si peu dermatrope que transmis à l'européen, il peut donner un tabes ou une P. G. Inversement, une syphilis transmise par un européen à des indigènes n'évolue pas vers la paralysie générale.

De plus, le système nerveux de l'indigène est atteint au cours de la septicémie de la période secondaire et l'on observe à ce moment une leucocytose dans le L. C. R. en tous points semblable à celle de l'Européen.

Si la dualité du virus est unanimement rejetée, sa spécialisation est sujette à bien des controverses. Ce qui semble à peu près certain, c'est que l'élément virus n'est pas le seul en cause et que d'autres facteurs interviennent que nous étudierons maintenant.

II. — EXPLICATIONS TIREES DU CARACTERE PARTICULIER DE LA SYPHILIS CHEZ L'INDIGENE NORD-AFRICAINE.

1. — *Arguments tirés de la fréquence de l'hérédo-syphilis*

Parmi les caractéristiques de la syphilis en pays Nord-Africains, nous avons signalé tout d'abord la fréquence de l'hérédo-syphilis.

Certains ont pensé qu'il existait un rapport entre cette particularité et l'absence de paralysie générale, soit que l'hérédo-syphilis ne donne pas de paralysie générale, soit qu'elle empêche l'évolution d'une syphilis acquise vers la P. G.

Les opinions à ce propos sont si contradictoires qu'il est difficile de les exposer clairement.

Brault, par exemple, tenait que l'hérédo-syphilis ne s'accompagne que rarement d'accidents nerveux. Cette affirmation ne vaut sans doute que pour l'Afrique du Nord car la paralysie générale et le tabes infantiles ne sont pas si rares qu'on puisse les passer sous silence. Or, la paralysie générale juvénile survient dans la majorité des cas chez des hérédosyphilitiques.

De leur côté, Aubry et Cornil considèrent comme un fait acquis le rôle joué par l'hérédo-syphilis dans la genèse de la paralysie générale.

Nous rappelons ces opinions, sans les discuter, il nous semble cependant difficile de se faire une idée exacte sur la question tant que l'assistance aux enfants anormaux n'aura pas fait de progrès en Afrique du Nord. La paralysie générale juvénile existerait en Tunisie, qu'on n'aurait pas la possibilité de l'observer.

L'influence de l'hérédo-syphilis sur la syphilis acquise présente en Afrique du Nord un grand intérêt car sur un terrain infecté héréditairement, vient se greffer fréquemment et précocement une syphilis acquise. Faut-il voir là une cause prédisposante à la rareté de la paralysie générale ?

Queyrat, Gougerot, Pinard pensent que l'hérédo-syphilis atténue la syphilis acquise sauf lorsqu'il s'agit d'hérédo-syphilis nerveuse.

Tarnkowski, Fouquet et d'autres affirment que l'hérédo-syphilis aggrave la syphilis acquise. Drouet et Hamel écrivent à ce propos :

« Le P. G. est un syphilitique doublé, c'est-à-dire une hérédo-syphilitique de première ou de seconde génération, contaminé postérieurement par une syphilis acquise ».

Certains auteurs à l'opposé de l'une ou l'autre théorie, affirment que l'action de l'hérédo-syphilis sur la syphilis acquise est tout à fait indifférente.

Devant ces contradictions, on peut penser que la question n'est pas assez tranchée pour rendre définitivement compte de l'absence de la paralysie générale chez le musulman, l'avenir nous apportera sans doute, quelques données plus précises.

2. — *Caractère floride de la syphilis arabe dans ses lésions superficielles, immunité des centres nerveux.*

Dans l'exposé des caractères de la syphilis arabe, nous avons opposé les manifestations superficielles voyantes à la pauvreté des manifestations nerveuses. Nous avons montré qu'à l'atténuation des manifestations florides ou anciennes, correspond une augmentation récente des localisations nerveuses.

La moyenne proportionnelle entre ces deux facteurs paraît répondre à des réactions allergiques subissant actuellement une évolution spéciale.

Dujardin et Dumont, dans le « Maroc Médical » en janvier 1934, ont fait un exposé limpide de la question.

M. Dujardin écrit notamment :

« Les phénomènes d'allergie sont autant d'efforts, vers « l'immunité. ».

« La septicémie tréponémique laisse après elle des foyers « superficiels, cutanés, muqueux, osseux et des foyers pro- « fonds, viscéraux et nerveux ».

« Les réactions que l'organisme ne demande pas aux « uns, il devra les demander aux autres ».

« Les syphilômes où qu'ils se développent, ne sont en fin de compte que des réactions défensives dont la somme établit cette non négligeable immunité au cours de la syphilis.

« Si les siphilômes de la période secondaire sont bien développés et profus, si de plus, ils suppléent à leur petit nombre par leur ampleur, ils provoquent et entretiennent un taux d'immunité, d'effet général pour l'organisme, qui inhibera ou même annihilera les foyers profonds, surtout nerveux ».

« À l'importance des syphilômes cutanés, correspondra la bénignité des lésions nerveuses ».

A mesure que les réactions hyperallergiques disparaissent chez l'indigène, la syphilis nerveuse se fait plus fréquente. La théorie semble vérifiée par les faits.

Malheureusement, cette explication ne fait que déplacer le problème. Quand on aura prouvé que les réactions hyperallergiques au cours de la syphilis ont immunisé les centres nerveux à l'égard du tréponème, il restera à montrer pourquoi ces réactions existent, comme telles chez l'indigène musulman Nord-Africain. Il faudra montrer encore pourquoi ces réactions tendent aujourd'hui à s'atténuer.

Un argument important est tiré de la notion de terrain que nous étudierons maintenant, car elle seule est capable d'expliquer, dans ces conditions, la rareté de la paralysie générale musulmane.

3. — *Rôle dévolu au terrain dans l'évolution de la syphilis arabe vers la paralysie générale.*

L'expérimentation sur l'animal autant que les observations recueillies sur l'homme, montrent qu'il existe tous les intermédiaires entre les sujets hyperallergiques et les sujets anallergiques, c'est-à-dire entre ceux qui donnent des réac-

tions de sensibilisation nettes et rapides et ceux qui ne donnent pas de réactions de sensibilisation. M. Dujardin a pu parler à cet égard « d'une véritable personnalité du terrain ».

La peau de l'indigène soumise aux infections les plus diverses, témoigne par l'importance de ses lésions d'un terrain particulièrement allergique. Cette aptitude spéciale caractérise aussi les lésions syphilitiques, exagérées encore par des phénomènes d'hétéro-allergie.

On a tenté expérimentalement à l'aide du lait, de l'Hémostyl ou de la tuberculine, de mettre en évidence l'état hyperallergique de l'indigène musulman ; les résultats sont demeurés assez incertains.

En somme, l'absence de paralysie générale serait due à l'immunisation des centres nerveux par des lésions superficielles florides. Ces lésions superficielles seraient florides parce que le terrain serait hyperallergique.

Cette explication séduisante qui s'appuie sur une donnée très classique ne satisfait pas entièrement l'esprit. La notion de terrain n'est pas discutable mais son imprécision permet quelques abus.

On est obligé pour donner à l'état d'hyperallergie chez l'indigène, toute sa valeur, d'insister sur son caractère constitutionnel. On évoque une sorte de « personnalité du terrain » qui entraîne dans l'esprit l'image d'un caractère irréductible. Comment expliquer dans ces conditions l'évolution de la syphilis arabe qui tend à acquérir sans cesse une forme nouvelle ?

M. Sézary répond à cette objection par sa théorie évolutive de la syphilis. Pour lui, la maladie subirait à travers les âges, une sorte de maturation, tendant à des réactions d'immunité superficielle de plus en plus atténuées et à des atteintes nerveuses de plus en plus fréquentes. Dans ces conditions, il faudrait admettre une contamination de l'Afrique du Nord bien postérieure à celle de l'Europe.

Les arguments historiques fournis par M. Sézary sont très intéressants et même curieux ; s'ils ne parviennent pas toujours à nous convaincre, c'est que notre esprit n'est pas habitué à considérer l'histoire comme une science exacte, capable de rendre compte indubitablement, de faits survenus il y a cinq cents ans.

Une autre explication du même auteur fait intervenir l'action du traitement, notamment du traitement arsénical. Nous la citons ici pour mémoire, car nous la retrouverons dans un prochain chapitre.

L'intervention de facteurs allergiques dans l'évolution de la syphilis arabe contient certainement une part de vérité, elle a fait l'objet de nombreux commentaires dont un très intéressant de Montpellier.

Cet auteur a imaginé d'ailleurs une autre explication à la rareté de la paralysie générale musulmane. Il émet l'hypothèse de l'incapacité pour le trépomène de se développer sur les centres nerveux qui constitueraient pour lui un mauvais milieu de culture. Cette particularité d'ordre ethnique demanderait à être précisée. Montpellier en a fait lui-même la critique, montrant la difficulté qu'elle créerait pour expliquer la fréquence croissante de la paralysie musulmane.

III. — ARGUMENTS PSYCHIATRIQUES :

Deux conceptions de la psychopathologie de l'indigène s'opposent avec l'école de M. Dumolard et celle du Pr. Porot.

Pour M. Dumolard, le tableau des affections psychiques serait comparable pour l'indigène et pour l'européen. Goëau-Brissonnière qui se rapproche de cette école s'est attaché à montrer, dans sa thèse, la fréquence des atteintes nerveuses au cours de la syphilis et par suite la fréquence de la paralysie générale chez les musulmans.

Pour le Pr. Porot, existe entre la psychologie de l'indigène et celle de l'européen une différence capitale tenant à l'absence de toute constitution émotive chez le musulman.

Le Pr. Porot n'hésitait pas à affirmer en 1934 que :

« L'anxiété... est l'élément actif de toutes les psychopathies en évolution, qu'il s'agisse de psychose toxique, de poussées encéphalitiques, de bouffées délirantes, nous voyons toujours, disait-il, l'anxiété les conditionner et c'est toujours dans le domaine de la vie affective que se déroulent les premiers désordres ».

«... Quant aux substratum de la vie affective et de l'anxiété, nous n'en sommes plus aux données de la pure psychologie ; nous savons bien aujourd'hui qu'elles sont réglées par le système neuro-végétatif et nous connaissons

toute l'escorte des désordres physiologiques, qui encadrent les crises émotives ou anxieuses. La vie affective n'est pas le reflet de notre état humoral... »

Cette explication signifie évidemment que l'indigène constitutionnellement, est peu prédisposé aux maladies mentales, à la paralysie générale comme aux autres.

La passivité, autre trait de la psychologie de l'indigène, le conduit à un mode d'existence dont tout surmenage est exclu, d'autant que le fait remarquer finement le Pr. Porot : « Le surmenage est fonction moins du débit intellectuel que de la charge affective qui l'accompagne ».

Le système nerveux de l'indigène peu traumatisé par le surmenage intellectuel est donc un terrain peu favorable au développement de la paralysie générale.

A la Société Médico-psychologique en mai 1918, le Pr. Porot, dans ses « notes de psychiatrie musulmane », disait à propos de la paralysie générale et de la mentalité arabe :

« Faut-il rapprocher cette immunité (à l'égard de la paralysie générale) de l'absence presque constante de constitution anxieuse chez l'indigène et faire du *surmenage anxieux* le facteur pathogène de la paralysie générale sur un cerveau syphilitisé ».

M. Montpellier semble faire des réserves sur l'absence de constitution émotive chez l'indigène, ou tout au moins sur le rôle capital que lui attribue le Pr. Porot.

Il serait téméraire, de notre part, de discuter l'opinion du Pr. Porot. Son expérience en fait de psychiatrie musulmane est une aide précieuse dont l'efficacité se vérifie chaque jour. Quelques points pourtant restent assez obscurs pour nous.

1°) « L'anxiété », dit le Pr. Porot, « est l'élément actif de toutes les psychopathies en évolution ».

Les sujets les plus vulnérables aux maladies mentales seraient donc les émotifs et les anxieux.

L'Arabe qui se trouve à l'opposé de ce groupe d'individus, doit être rarement atteint de maladies mentales, de la paralysie générale comme des autres.

Mais les maladies mentales sont fréquentes en Tunisie et les services de psychiatrie sont encombrés de malades qui sont en très forte proportion des musulmans.

2°) « La vie effective n'est que le reflet de notre état humoral ».

Veut-on parler d'anxiété ou d'affectivité ? Les deux choses ne sont pas superposables et il importerait de les définir clairement.

Si nous considérons, comme semble le désirer le Pr. Porot, ces deux termes comme synonymes, ne pourrait-on dire avec quelque vraisemblance que notre état humoral est le reflet de notre vie effective ?

Prenons l'exemple d'un candidat qui passe un examen. Est-ce que son anxiété est conditionnée par les troubles physiologiques divers que l'on observe à ce moment, ou est-ce que ces troubles organiques sont l'expression de son anxiété devant l'échec possible ?

Cette remarque a son importance car ces états émotionnels ou anxieux n'auraient plus à leur origine des phénomènes organiques d'une valeur assez générale, mais des états de conscience à caractère individuel net.

Si la psychiâtrie fournit des aperçus intéressants sur la paralysie générale chez les musulmans, elle ne semble pas à elle seule, pouvoir rendre compte de son aspect particulier.

IV. — FACTEURS EXTERIEURS AGISSANT SUR LE GERME, LA SYPHILIS ET LE TERRAIN.

Le traumatisme, sur lequel insiste M. Lacapère, prend ici toute la signification que lui donne son auteur.

« Le traumatisme, dit-il, est synonyme de toute irritation accidentelle ou répétée, il est à la base de toutes les localisations de la syphilis ».

Par irritation, M. Lacapère semble entendre tout phénomène qui porte atteinte à l'intégrité physique ou morale de l'individu, diminuant sa résistance et l'usant.

Par le sens large donné à cette définition, on comprend que ces traumatismes soient très divers. Ils sont généralement électifs pour un point de notre organisme qui deviendra de la sorte moins résistant aux atteintes ultérieures de la syphilis.

Par là même, se saisit l'importance de la date d'apparition du trauma. Plus un organisme est jeune, plus son intégrité garantira l'avenir, de même plus les organes seront développés et actifs, plus ils auront de chance d'être lésés.

M. Lacapère insiste à propos de la syphilis sur la précocité de contamination. Le petit arabe dont les centres nerveux sont encore en sommeil, est contaminé très précocement. Le virus aura peu de prise au cours de la période septicémique sur ce parenchyme nerveux neuf et qui ignore le surmenage, il se localisera de préférence sur la peau souillée et irritée par des causes multiples ; ce qui rend assez bien compte de l'absence de paralysie générale et de la fréquence des formes cutanées.

L'augmentation du nombre des paralysies générales fait penser que des traumatismes nouveaux sont venus modifier la résistance des centres nerveux musulmans à l'égard du trépanomène. Nous allons les passer rapidement en revue.

Le rôle joué par la civilisation dans l'étiologie de la paralysie générale a été discuté depuis longtemps.

Régis lui a consacré un long développement et Kraft-Ehbing, dans son mauvais jeu de mots, unit dans un même terme, civilisation et syphilisation.

M. Lacapère invoque l'action traumatisante de ce mode nouveau d'existence agissant depuis peu sur les centres nerveux indigènes demeurés autrefois, étrangers à tout surmenage et mis au repos pendant de longues périodes de sommeil.

Cet argument est trop imprécis pour ne pas entraîner des interprétations parfois contradictoires. On a coutume d'attacher au terme de civilisation un caractère avantageux qui vient de notre prétention à être civilisés. Il est piquant de constater que les observations de P. G. musulmans, dits civilisés, rapportent l'histoire lamentable d'individus tarés, abrutis par l'alcool, coutumiers d'excès les plus ignominieux.

Si l'influence de la civilisation intervient dans la paralysie générale musulmane, cette maladie doit s'observer de préférence chez des malades européanisés, transplantés dans un milieu étranger à leurs habitudes anciennes ou curieux de notre civilisation. Nous verrons tout à l'heure qu'il n'en est rien et que nos P. G. sont de petites gens restées fidèles à leur clan social ou tout au moins attachées à un mode de pensée particulier à leurs corréligionnaires.

Le surmenage intellectuel prédisposerait également à la paralysie générale, il s'agit là d'un argument dont la valeur est difficile à déterminer et qui paraît controuvé par les nom-

breux cas de méningo-encéphalite syphilitique observés dans les classes modestes de la société française.

Si, notre mode de pensée est différent de celui de l'Arabe, cela ne veut-il pas dire que notre débit intellectuel soit supérieur au sien.

Le Pr. Porot en replaçant à un point de vue moins simpliste, semble beaucoup plus près de la réalité. Nous avons déjà dit qu'il jugeait « le surmenage intellectuel... moins en fonction du débit intellectuel que de la charge affective qui l'accompagne ».

Nous aurons l'occasion de reprendre cette question à propos de nos observations. Nous mentionnons seulement cet argument sur lequel on trouverait ailleurs de plus amples développements.

L'alcoolisme serait une autre cause prédisposant aux localisations du trépomène sur les centres nerveux.

Cette toxicomanie était autrefois, inconnue en pays musulman où la religion interdit l'usage de l'alcool. Notons qu'alors la paralysie générale était exceptionnelle.

La fréquence accrue de la paralysie générale coïncide avec l'apparition de l'alcoolisme, si bien que nos paralysies générales sont presque toutes, aujourd'hui, des P. G. arrosées.

Ce fait a été signalé par M. Lacapère qui croit que l'alcoolisme agit directement sur les méninges par une irritation continue jouant un rôle d'appel à l'égard du trépomène. Cet auteur estime également que cette intoxication génératrice d'hypertension, « retire l'organisme indigène de ce favorable état d'hypotension générateur d'un tertiairisme mutilant ».

M. Montpellier s'oppose à cette généralisation hâtive et fait remarquer que tous les P. G. ne sont pas alcooliques.

Les auteurs insistent de nouveau actuellement, sur la fréquence de l'alcoolisme dans la paralysie générale musulmane. C'est l'avis de Mareschal et Chaurand, soutenu par le Pr. Porot à Alger et Lamarche à Tunis. Nous aurons nous-mêmes l'occasion d'insister sur ce fait à propos de nos observations.

Le *paludisme* existe à l'état endémique en Afrique du Nord, il est naturel d'imaginer qu'il a pu jouer un rôle dans l'évolution de la syphilis chez l'indigène.

M. Lacapère suppose que le paludisme en déterminant une hypotension, exerce une action heureuse sur la syphilis, favorisant le phagédénisme cutané et préservant les centres nerveux.

Madame Delmas, dans sa thèse inspirée par M. Montpellier, montre que si le paludisme donne fréquemment de l'hypotension, il s'en faut que tous les indigènes soient hypotendus.

Pour M. Dumolard le paludisme créerait des modifications tissulaires et humorales ; abaissement du taux des albumines du sérum, déséquilibre des lipides, constituant un milieu de culture défavorable pour le trépomène.

M. Dujardin pense que l'allergisation serait renforcée au cours des poussées thermiques, par la perméabilité plus grande des épithéliums vasculaires à l'égard des anticorps.

Le rapprochement fait entre le paludisme et la syphilis nerveuse dans le but d'expliquer la rareté de la paralysie générale chez l'indigène, demanderait d'abord une justification. M. Montpellier fait remarquer que personne n'a démontré que « l'indice d'aptitude neurogène de la syphilis soit moins fort dans les régions où le paludisme sévit à l'état endémique ».

L'européen, fréquemment injecté par le paludisme présente des atteintes nerveuses aussi fréquentes en Afrique du Nord qu'en France ; le paludisme ne semble pas avoir sur lui, un rôle préservatif à l'égard de la paralysie générale.

On ne peut trouver, dans la documentation actuelle des faits assez précis pour imposer une conviction, nous verrons qu'à cet égard nos observations sont peu démonstratives et n'apportent aucune lumière nouvelle sur la question.

Pour expliquer certaines modifications survenues récemment, dans les réactions du terrain à l'égard du trépomène, nous avons signalé déjà, le rôle attribué par certain au *traitement antisypilitique*.

Reuth, Fraser et Duncan en 1921, Hamis et Pette en 1923, Pireley et d'autres auteurs par la suite, déclarent que la syphilis nerveuse est plus fréquente depuis l'utilisation des arsénobenzènes. Pour eux, les traitements comportent des doses insuffisantes et sont trop rapidement interrompus.

Pour Wilman et Steiner, l'action de ces traitements s'exercerait surtout sur le germe, dont ils modifieraient l'organotropisme.

Pour Gaertner, la fréquence de la paralysie générale serait due à une diminution des réactions allergiques superficielles, les centres nerveux restant par contre hors de l'action des arsénobenzènes.

M. Sézary reprend cet argument à propos de la neurosyphilis exotique. Il explique ainsi l'atténuation du tertiairisme mutilant et la fréquence croissante des localisations nerveuses. M. Montpellier, au Congrès d'Alger de 1930, s'arrête à une opinion très voisine, touchant les indigènes musulmans Nord-Africains.

Aux Indes Néerlandaises, Budgers van der Loeff trouve parmi des malades traités pendant dix ans par le 914, une forte proportion de syphilis nerveuses.

En Cochinchine, Morin signale l'action funeste des arsénobenzènes. En Chine, Lossoare et sur la Côte d'Ivoire, Toullec et Riou rapportent des faits analogues.

On saisit l'émoi que fit naître dans le monde médical l'ensemble de ces constatations. La question fut mise à l'ordre du jour à la Conférence Internationale de Défense Sociale contre la syphilis de Paris 1932.

Après les rapports de Iadassohn, Milian, Nicolas, Hudelo, Cavaillon, la Conférence sur la proposition de M. Milian, admit une résolution que nous rapportons en entier, car elle fait allusion aux arguments qui la déterminèrent.

« La fréquence du tabes, de la paralysie générale et de la syphilis nerveuse n'est pas plus grande aujourd'hui qu'autrefois, elle semble avoir diminué non seulement au point de vue absolu mais même relatif car la guerre a augmenté la syphilis dans une proportion considérable qui ne se retrouve pas dans le nombre actuel des syphilis nerveuses ».

« On peut donc se féliciter de l'action des médicaments actuels et particulièrement des arsénobenzols qui ont été employés depuis 1910 ».

Cassar, en 1934, au Congrès de Tunis, arrivait à des conclusions semblables pour la Tunisie. Il jugeait lui aussi que la syphilis nerveuse n'était pas plus fréquente dans la Régence depuis l'emploi des arsénobenzènes.

Deuxième Partie

Observations

Voici maintenant les observations cliniques résumées de nos 28 cas :

OBSERVATION N° 1

Malade Assen Gharbi.

Entré à l'H. M. M. M. le 3 juillet 1931.

Célibataire, présumé, né en 1871, Gardien de nuit depuis 16 ans, d'origine marocaine.

Entré avec un certificat médical du Dr Zérah, qui parle d'idées d'influence et de persécution.

Un rapport de police adressé au Cheikh el Médina, déclare que le malade « court les rues et cherche querelle aux passants, sur certains desquels il s'est même livré à des voies de faits ».

Voilà donc un malade entrant à l'hôpital à cause même de ses réactions anti-sociales.

Antécédents héréditaires : Père et mère décédés à un âge avancé.

Antécédents personnels : Blennorragie traitée en 1917 : chancre. Le malade est un buveur de thé.

Les troubles digestifs et oniroïdes rendent invraisemblable l'alcoolisme.

A l'entrée, allure joviale, visage mobile, attitude ébrieuse et incoordonnée. Suffisamment bien orienté dans le temps et dans l'espace. Affaiblissement intellectuel marqué. Compréhension diminuée, attention spontanée à peu près nulle, attention provoquée de courte durée. Gros troubles du jugement, état physique et mental précaire. Activité hallucinatoire et pseudo-hallucinatoire considérable : « On lui demande de baisser son pantalon, de frapper ses camarades, il lui semble être attaqué par des étrangers

qui ne veulent pas le lâcher ». Activité hallucinatoire surtout nocturne, s'accompagnant d'agitation ambulatoire et de logorrhée intermittente.

Signes physiques : tremblement de la langue et des extrémités, dysarthrie. Séquelles parétiques à droite, clonus du pied, cutané plantaire en extension, le malade traîne la jambe droite.

Les réflexes tendineux rotuliens et achilléens existent. Légère inégalité pupillaire. Pupilles paresseuses à la lumière. Troubles digestifs : hémathémèses, diarrhée, gâtisme urinaire.

Examen du Laboratoire :

Sang : B.W. et Hecht + + + +

L.C.R. : Hyperlymphocytose, B.W. + + + +
(Observation du Dr Perrussel).

Traitement : 4 séries de stovarsol.

Décédé le 24 mars 1935 d'un ictus épileptiforme.

OBSERVATION N° 2

Karmani, né à Kalaa Srira, cultivateur nomade.

Entré à l'H.M.M.M. le 7 octobre 1931, pour paralysie générale.

A l'entrée, désorienté dans le temps et dans l'espace, légère dysarthrie, amnésie de fixation, raisonnement incohérent, aspect déprimé, agitation par intervalles, indifférence envers sa famille et son sort. Inertie.

L'examen somatique montre une paresse des réflexes pupillaires, les réflexes tendineux sont vifs.

Ponction lombaire. Albumine : 0,30 ; Lympho : 15 ;
B.W. + + + +

A la suite d'une série de Stovarsol, l'agitation paroxystique tombe, le malade reste indifférent.

Le 4 janvier 1932, se levant pour prendre son repas, chute brutale suivie de convulsions cloniques qui se répètent par intermittences pendant 1/4 d'heure. Apparition d'une hémiparésie gauche avec paralysie faciale.

Décédé le 6 janvier.

(Observation du Dr Perrussel).

OBSERVATION N° 3

Malade Béchir, présumé né en 1897.

Algérien, né à Mila, département de Constantine. Ouvrier dans une mine de plomb.

Entré à l'H.M.M.M. le 15 mai 1932, pour paralysie générale, venant du Kef.

Rien de particulier sur ses antécédents. A fait son service militaire, de trois ans, en 1918.

Avoue boire 1 à 3 litres de vin par jour.

A la suite d'une chute, vraisemblablement en état d'ivresse, est entré à l'Hôpital du Kef, d'où il a été dirigé sur l'H.M.M.M. avec le diagnostic de paralysie générale.

A son entrée dans le service, le faciès est triste, mais non hébété. Tremblements fibrillaires de la langue, réflexes normaux.

Forme paranoïde avec hallucinations multiples, auditives et olfactives, hallucinations psychomotrices, énonciation des actes.

Examen de laboratoire :

Sang : B.W. + +

L.C.R. Albumine : 0,70 ; Lympho : 74 ; B.W. + + + +

Le 25 mai 1932, le malade présente une série d'ictus épileptiformes, et meurt pendant un accès.

(Observation du Dr Perrussel).

OBSERVATION N° 4

Malade Dridi, présumé né en 1904. Commerçant, habite Tunis, marié.

Entré à l'H.M.M.M. le 2 octobre 1933, à la suite d'un certificat signalant : « Agitation motrice et voies de faits sur les voisins ».

L'examen du Dr Perrussel note :

Syndrome mental caractérisé par une agitation motrice intense, irritabilité, incohérence, volubilité.

Idées de grandeur, de jalousie, de culpabilité, d'influence. Inactivité.

Dans ses antécédents : chancre il y a 10 ans. Buvait de la boukha et 2 litres de vin par jour.

Pas de signes neurologiques.

Il s'agit là d'une forme paranoïde, seuls les examens de laboratoire ont pu faire faire le diagnostic.

Le 18 novembre 1933, examen du sang : B.W. + + + +, Kahn + +, Hecht + + + +.

Le 15 décembre 1933, L.C.R. : Lympho : 68. Albumine : 0,85 ; B.W. : + + + +.

A la suite d'une série de 21 g. de stovarsol, 10 injections de cyanure de mercure et 7 injections de sulfarsénobenzol, on vit peu à peu le liquide céphalo-rachidien se négativer ; l'albumine passe de 0,85 à 0,35 et les lymphocytes de 68 à 2.

La réaction du B.W. du L.C.R. restant positive malgré 5 ponctions lombaires échelonnées sur 2 ans.

Par contre, les réactions du sang deviennent franchement négatives.

(Observations des Drs Gérard et Perrussel).

A l'arrivée du Dr Mareschal dans le service, celui-ci note une amélioration très nette de l'état physique et mental, disparition de l'appoint confusionnel et délirant.

Le malade s'oriente de nouveau dans le temps et dans l'espace.

Il quitte l'H.M.M.M. le 15 novembre 1935 avec le certificat suivant du Dr Mareschal :

« Atteint de paralysie générale avec appoint éthylique ; très amélioré par le traitement. Actuellement calme et lucide.

« Peut être remis à sa famille ».

OBSERVATION N° 5

Malade M'Hidi, présumé né en 1886, spahi de l'Oudjak, 27 ans de service militaire. Alcoolisme avoué.

Entré à l'H.M.M.M. le 23 octobre 1933.

A l'examen : Affaiblissement intellectuel, troubles de l'attention, de la compréhension, du raisonnement et de la mémoire.

Désorientation dans le temps et dans l'espace, inconscience de son état, satisfaction, irritabilité, vagues idées de grandeur et de persécution, mal systématisées, mobiles, absurdes, contradictoires.

Alternance d'agitation élastique avec refus d'aliments et crises anxieuses, actes absurdes.

Examen physique : Réflexes achilléens abolis ; Réflexe rotulien gauche aboli ; pas de troubles pupillaires, ni de Romberg.

Examen de laboratoire :

B.W. + + +

La ponction lombaire du malade n'a pu être pratiquée, le malade étant décédé accidentellement le 4 septembre 1933.

(Observation du Dr Perrussel).

OBSERVATION N° 6

Malade En Naïdi, âgé d'environ 30 ans.

Vient de la région de Zaghouan, avec un certificat médical concluant à l'aliénation mentale, avec idées de persécution et crises furieuses, et un rapport de police signalant qu'il menaçait les gens avec une matraque et commettait de menus larcins.

Entré à l'H.M.M.M. le 4 décembre 1933.

Le certificat d'entrée du Dr Perrussel porte :

« Affaiblissement intellectuel, appoint confusionnel, hallucinations, soliloque, tendance à la persévération des attitudes, gâtisme ».

« B.W. + + dans le sang. P. L. nécessaire ».

Dans le service, le malade est désorienté dans le temps et dans l'espace. Impulsif, alternance de crises d'agitation hallucinatoire avec périodes de dépression. Voix traînante, monotone, soliloque, inquiétude, insomnie, gâtisme urinaire.

Examen de laboratoire :

Sang : B.W. + +, Kahn + + +

L.C.R. : Albumine 0,55 ; Lympho : 9 ; B.W. + + + +

Traitement par plusieurs séries de stovarsol.

Décès le 6 octobre 1934 par cachexie.

(Observation du Dr Perrussel).

OBSERVATION N° 7

Malade Sendi, âgé de 46 ans environ, journalier.

Ce malade a déjà été présenté à la Société par le Dr Perrussel.

Entré à l'H.M.M.M. le 12 octobre 1934.

Né au Kef, hospitalisé le 9 juin 1934 dans cette ville pour excitation furieuse.

Transféré à l'H.C.F. pour démence précoce.

Envoyé à l'H.M.M.M. pour débilité mentale.

Le certificat de 24 h. du Dr Perrussel porte :

« Syndrome confusionnel avec onirisme nocturne et agitation ; alcoolisme, théisme, hachichisme, Romberg ».

L'attention du Dr Perrussel est attirée par un faciès figé et hypotonique avec pupilles paresseuses et irrégulières. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Mouvements fibrillaires et en trombone de la langue.

Dysarthrie nette et troubles sphinctériens.

L'examen du fond mental a été difficile les premiers jours, par suite de l'état d'agitation du malade.

Une P. L. le 16 octobre donne les résultats suivants :

Albumine : 0,85.

Lympho : 8.

B.W. + + + +

Petit à petit l'état du malade permet de déceler un affaiblissement global des facultés intellectuelles, avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Quand on lui parle, il est généralement euphorique, avec idées très nettes de grandeur et de richesse absurdes et mobiles.

Onirisme nocturne.

Résumé du Dr Perrussel : P. G. progressive à forme tabétique.

Le 17 août 1935, le malade passe à la Tékia après avoir été au stovarsol.

OBSERVATION N° 8

Malade Gharbi, âgé de 36 ans, jardinier.

Entré à l'H.M.M.M. le 29 juin 1935.

Aurait fait des excès alcooliques pendant un séjour en Espagne. Aurait été traité au Centre Anti-Vénérien de Tunis.

A l'H.C.F. le Dr Gérard diagnostique une paralysie générale et envoie le malade à la Manouba avec le certificat suivant :

« Méningo-encéphalite syphilitique. Alternance de dépression et d'agitation psycho-motrice. B.W. + + + + dans le sang et le L.C.R. hypéralbuminose et lymphocytose. 2 séries de stovarsol sodique ont été faites à l'H.C.F. ».

A l'H.M.M.M. le malade présente un certain degré d'affaiblissement intellectuel, mais il a surtout des idées de grandeur et de persécution mal coordonnées, variables, absurdes.

Il est tantôt déprimé, tantôt il présente de grosses crises d'agitation psycho-motrice. Hallucinations sensorielles et psychiques nombreuses.;

Examen physique :

Pupilles paresseuses à la lumière, dysarthrie.

Plusieurs ponctions lombaires ont été pratiquées. La dernière, le 24 novembre 1936, donne les résultats suivants :

L.C.R. Albumine : 0,35 ; Lympho : 2 ; B.W. + + + + + ;
B. C. : 12210. 22100.00000.

Nombreuses séries de stovarsol. Le malade est toujours à l'H.M.M.M.

OBSERVATION N° 9

Malade Dahmani, âgé d'environ 46 ans, journalier.

Entré à l'H.M.M.M. le 26 août 1935, pour débilité mentale, onanisme, insomnie.

Journalier (travaillant au port). Alcoolisme.

A l'examen, le malade présente un affaiblissement intellectuel très net, réponses incohérentes, désorientation complète dans le temps et dans l'espace, euphorie niaise, agitation, turbulence, stéréotypie, onanisme continu et exhibitionisme, dysarthrie et écholalie.

Ponction lombaire : le 4 février 1936.

Albumine : 0,35 ; Lympho : 24 ; B.W. : + + + + + ; B. C. 1222.22222.00000.

Le malade a eu plusieurs séries d'injections de stovarsol.

Actuellement, grosse amélioration physique.

Persistance de l'état d'affaiblissement intellectuel.

Ce malade est toujours à l'H.M.M.M.

OBSERVATION N° 10

Malade Mamlouk, âgé d'environ 45 ans, ouvrier aux Monopoles.

Entré à l'H.M.M.M. le 7 septembre 1935, pour troubles cérébraux (Dr Nicolas).

Signes d'intoxication (tabac, thé) avec idées délirantes.

A son entrée, le malade déclare avoir contracté la syphilis il y a 25 ans et avoir été traité à l'H.C.F.

Au début, le malade est agité et proteste contre son internement. Il dort mal et cherche à s'enfuir, mais, progressivement, il se calme et demande à travailler.

Le fond mental semble intact.

L'examen physique montre surtout un Argyll-Robertson, avec pupille gauche plus petite que la droite. Ecriture tremblée, répétition de mots. Achilléens très faibles, légère incoordination aux membres inférieurs.

La P. L. le 24 septembre 1935 montre :

Albumine : 0,65 ; Lympho : 4 ; B.W. : + + + +

Examen du sang : B.W. : + + + + ; Kahn : + + +

On pratique alors une série d'injection de stovarsol en novembre 1935. Depuis longtemps, le malade est calme, lucide, sans idées délirantes, rendant de nombreux services dans le pavillon.

Il sort guéri le 30 janvier 1937.

Revu le 5 mars 1937 : La guérison a persisté, le malade a repris sa place aux Monopoles.

Le malade nous précise alors qu'il a été traité en 1933 au Centre de Prophylaxie (Dr Cassar), mais qu'il a abandonné le traitement au bout de deux mois.

OBSERVATION N° 11

Malade Laroussi, âgé d'environ 50 ans, gargotier.

Entré à l'H.M.M.M. le 9 octobre 1935 pour « Mégalomanie et excitation » (Dr. Reynal).

Né à Tunis, où il exerce la profession de gargotier, ce qui laisse supposer l'alcoolisme.

Le certificat de 24 heures du Dr Gérard porte :

« Mégalomanie, insomnie, incohérence des actes et des paroles, syphilis probable, déjà traité avant évolution vers la P. G. ».

A l'examen du malade à l'H.M.M.M. il montre qu'il est atteint d'un affaiblissement intellectuel profond avec troubles du jugement, euphorie niaise. Idées de grandeur absurdes mal systématisées, fugaces, « il a des millions, il veut une auto pour aller au mariage de son père, il porte le ciel sur la tête ».

Hallucinations auditives et visuelles probables. Fréquentes crises d'agitation psycho-motrices, avec cris, chants, déchire ses vêtements, insulte les infirmiers, insomnie.

Légère dysarthrie, troubles de la marche, gâtisme par intermittence.

Examen de laboratoire :

1° - Traité du 15 mai au 12 juin 1935 au Centre de Prophylaxie antivénérien de Tunis : Diagnostic : syphilis tertiaire, douleurs ostéocopes.

A l'entrée : B.W. : + + + + : Kahn : + + +

Après injections de Bi-vatol, formule sanguine inchangée.

2° - Traité à l'H.M.M.M.

Le 19 novembre 1935 : P. L. Albumine : 0,85 ; Lympho : 7,2 ,
B.W. : + + + +

Le certificat de quinzaine du Dr Mareschal porte :

« Atteint de Paralyse générale, agitation mégalo-maniaque, signes neurologiques et humoraux au complet ».

Traité par le stovarsol sodique, éruption à la 7^e injection, nécessitant l'arrêt du traitement.

Le malade se cachectise. Traité par crinnemol et métarsène, puis sérum glucose, caféine et solucamphre.

Il est rendu à sa famille sur demande expresse de celle-ci, le 24 décembre 1935.

OBSERVATION N° 12

Malade Zaouch, âgé d'environ 45 ans, journalier.

Entré à l'H.M.M.M. le 5 décembre 1935.

Le certificat de 24 h. du Dr Mareschal porte :

« Présente les signes cliniques d'une paralysie générale. Démence profonde, pupilles inégales, rigides et déformées. Fibrillations péri-buccales, mâchonnement, tremblement de la langue et des extrémités, gâtisme, barbouillage, subexcitation actuelle. Appoints toxiques multiples : (thé, takhouri, boukha). Coexistence d'un tabes avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Mauvais état général, cachexie.

P. L. le 19-11-35 :

Albumine : 1,10 ; Lympho : 16 ; B.W. : + + + + ; B. C. 12222.22210.00000.

Traité au stovarsol. Se cachectise rapidement.

Rendu à sa famille le 27 avril 1936, sur demande expresse de celle-ci.

Revu récemment par un de mes infirmiers et par l'un de nous, il présente une guérison clinique qui lui a permis de reprendre ses occupations.

OBSERVATION N° 13

Malade Brika, âgé de 46 ans, mutilé de guerre.

Alcoolisme avoué. Enucléation de l'œil droit.

Entré à l'H.M.M.M. le 4 avril 1936, venant de l'H.C.F. avec un certificat du Dr Gérard ainsi conçu :

« P. G. progressive sur fond éthylique ancien et intoxication chronique palyvalente (thé, tabac). Hallucinations, réactions violentes, mégalomanie ».

A l'examen, le malade se présente dans un état d'excitation euphorique, avec bavardage. Mal orienté dans le temps et dans l'espace, idées délirantes très riches, polymorphes, absurdes, variables, parfois corrigées par le malade. Affaiblissement intellectuel marqué, attention volontaire, impossible, compréhension très diminuée, erreur de jugement.

Examen physique :

Dysarthrei légère, tremblement des extrémités, surtout net à gauche, tremblement de la langue, pupille gauche douteuse. Réflexes tendineux plus vifs à gauche qu'à droite. Mauvais état général.

P. L. à l'H.C.F. le 4 avril 1936 :

Albumine : 0,48 ; Lympho : 36 ; B. C. 00222.12200.00000.

Impaludé le 5-9-1936, le 17-11-1936 la P. L. donne :

Albumine : 0,25 ; Lympho : 1 ; B.W. : + + + + ; B. C. : 22210.12110.00000.

Le 5-12-1936, il a pris 10 kilogs. Etat physique très satisfaisant, diminution marquée des troubles intellectuels, légèrement hypomaniaque, réclame sa sortie.

Ce malade sort guéri le 15 janvier 1937.

OBSERVATION N° 14

Malade Saad, âgé d'environ 30 ans, agriculteur à Djebibina.

Entré à l'H.M.M.M. le 22 octobre 1936, avec le certificat suivant du Dr Lamarche :

« Meningo-encéphalite syphilitique ».

Avoue avoir contracté la syphilis pendant l'occupation en Allemagne. Traité jusqu'en 1925. Nie l'alcoolisme malgré son séjour prolongé dans l'armée.

La maladie débute en juin 1936 par des troubles de comportement : « achats inconsidérés, projets absurdes ».

A son entrée à l'H.C.F., le malade était très calme, il répondait avec pertinence aux questions, et s'occupait de travaux de ménage.

P. L. de l'H.C.F. donne : Albumine : 1,8 ; Lympho : 0,41 ; B.W. : + + + + ; B.C. 00221.00000.00000.

Sang : B.W. = 0 ; Kahan = 0 ; Urée = 0,56.

Traité par 21 injections de stovarsol

Après ce traitement, la P. L. donne :

Albumine : 0,44 ; Lympho : 5 ; B.W. : + + + + ; B.C. : 00221.00000.00000.

L'examen mental à l'H.M.M.M. révèle une conservation apparente du fond mental. Pas de troubles des opérations intellectuelles élémentaires, il nie les idées délirantes antérieures, accusant son frère d'avoir menti pour le perdre. Pas de signes neurologiques.

Reponctionné avant sa sortie, la P. L. donne :

Albumine : 0,30 ; Lympho : 3 ; B.W. : + + + +

Ce malade est sorti de l'H.M.M.M. le 29 janvier 1937 avec toutes les apparences de la guérison clinique.

OBSERVATION N° 15

Malade Messaoud, âgé d'environ 49 ans, gros commerçant, né à Midoun, marié, antécédents éthyliques nets.

Entré à l'H.M.M.M. le 12 août 1936.

Les antécédents syphilitiques sont inconnus du malade, qui n'a jamais été traité.

La maladie a débuté il y a 3 ans par des troubles de la mémoire, puis des tremblements, enfin, par de la dysarthrie. Depuis 2 ans, ses troubles de mémoire ont augmenté, le malade est désorienté, il est devenu négligé et glouton, avec, de temps à autre, des périodes de gâtisme. L'irritabilité apparaît avec des crises de colère violentes, puis des impulsions sexuelles à l'égard des petites filles.

A l'entrée, démence profonde, excitation violente par intervalles, soliloque, incohérence, gâtisme.

Au point de vue neurologie : dysarthrie, instabilité de la langue, fibrillations péri-buccales, énorme tremblement généralisé, inégalité et paresse pupillaire, grosse diminution de la réflexivité, faisant penser à un tabes incipiens.

Le certificat de 24 heures du Dr Mareschal porte :

« Atteint d'un état démentiel, dysmnésie, agitation par intervalles, impulsions, dysarthrie, tremblements de la langue et des extrémités, fond d'éthylisme chronique ».

« Probabilité de P. G. »

Les examens de laboratoire donnent :

Le 13 août 1936 : Sang = Urée = 0,454.

Le 18 août 1936 : P.L. : Albumine : 0,85 ; Lympho : 16 ; B.W. : + + + ; B.C. 22222.22222.22000.

Les réactions d'Henry et de Villain sont négatives dans le sang.

Le malade est alors impaludé le 15 septembre 1936. Une seconde P. L. a été pratiquée, après le traitement au stovarsol, le 7 novembre 1936, qui donne les résultats suivants :

Albumine : 0,95 ; Lympho : 10 ; B.W. : + + + + ; B. C. : 22221.12221.100000.

Au point de vue clinique, légère amélioration, le malade ne gête plus, les crises d'excitation ont diminué de fréquence.

Ce malade est encore dans le Service.

OBSERVATION N° 16

Malade M'Haoud, âgé d'environ 48 ans. Epicier à Marsa-Ville.

Entré à l'H.M.M.M. le 24 août 1936, avec le certificat suivant, émanant d'un confrère de Tunis :

« Troubles mentaux avec mutisme quasi complet, et anorexie ».

Alcoolisme vraisemblable.

Le certificat de 24 heures du Dr Mareschal porte :

« Dysarthrie, état démentiel, troubles du comportement, abolition des réflexes, syphilis ancienne ».

Une P. L. est pratiquée le 25 août 1936 qui donne les résultats suivants :

Albumine : 0,55 ; Lympho : 9 ; B.W. : + + + ; B. C. : 12222.22200.00000.

Dans le service, le malade présente un état dépressif avec semi-prostration, préoccupations hypocondriaques. Il s'alimente mal, refuse de quitter sa chambre, proteste contre son internement. Il a de l'onirisme nocturne, ses pupilles sont paresseuses.

On pratique une réaction d'Henry, en vue d'une malariathérapie après traitement de l'état général, mais le 29 septembre 1936, le malade est repris par sa famille malgré l'avis contraire du médecin.

OBSERVATION N° 17

Malade Amara, âgé de 25 ans, né à Kairouan et demeurant à la campagne. Alcoolique au dire de sa famille.

Entré à l'H.M.M.M. le 10 octobre 1936, venant de l'H.C.F., avec le diagnostic du Dr Lamarche suivant :

« Méningo-encéphalite syphilitique ».

Il aurait contracté la syphilis il y a 4 ans, dans une maison de tolérance. Un médecin lui aurait fait alors 15 injections intramusculaires, 6 injections intraveineuses.

Depuis deux mois il a de violentes colères avec réactions agressives contre sa famille. Impossibilité progressive de travailler, aboutissant à l'inaction totale.

Dans le service : bien orienté dans le temps et dans l'espace, affaiblissement intellectuel léger ; irritabilité absurde, période d'excitation motrice par intervalles.

Au point de vue neurologique, tremblements de la langue et des extrémités, légère dysarthrie.

A l'examen du fond d'œil, on trouve :

Œil gauche : papille paraissant en voie d'atrophie. Œil droit : kératite récente, fond de l'œil invisible.

La P. L. pratiquée le 14 septembre 1936 à l'H.C.F. donne :

Albumine : 0,45 ; Lympho : 12 ; B.W. : + + + ; sang : B.W. et Kahn négatives.

A l'H.M.M.M., P. L. pratiquée le 22 octobre 1936, donne :

Albumine : 0,75 ; Lympho : 32 ; B.W. : + + + ; B. C. : 22221.22200.0000.

Peu à peu, le malade se cachectise, gâte et, à la suite d'un ictus, la famille croyant sa fin prochaine, demande le malade, qui lui fut rendu le 29 octobre 1936.

OBSERVATION N° 18

Malade Hamza, âgé d'environ 45 ans, né à Sfax et y demeurant, connu comme alcoolique par le médecin de la Municipalité de Sfax.

Entré à l'H.M.M.M. le 10 octobre 1936, venant de l'H.C.F. avec le diagnostic suivant du Dr Lamarche : « Méningo-encéphalite syphilitique ».

A l'entrée, désorientation dans le temps et dans l'espace, énorme affaiblissement démentiel, euphorie naïve, vraisemblance d'un état aphasique sous jacent, vocabulaire extrêmement restreint. A la plupart des questions, il répond « c'est bon ». Compréhension et exécution des ordres simples, mais grosse bradycinésie.

Au point de vue neurologique : dysarthrie énorme, tremblement généralisé de la langue, fibrillations péribuccales, pupilles déformées, hyperréflexivité tendineuse.

Les réactions biologiques étaient :

A l'H.C.F. : sang B.W. : + + + + ; Kahn : + + + +.

I.C.R. Albumine : 46 ; Lympho : 30 ; B.W. : + + + + ;

B. C. : 00222.00000.00000.

A l'H.M.M.M. le 22 octobre 1936 :

L.C.R. Albumine : 0,35 ; Lympho : 3 ; B.W. : + + + + ;

B.C. : 12222.22221.00000.

Peu avant son impaludation, le malade meurt d'un ictus, le 13 décembre 1936.

OBSERVATION N° 19

Malade Begreche, âgé d'environ 45 ans, 14 ans de service militaire. Alcoolique.

Entré à l'H.M.M.M. le 10 octobre 1936, venant de l'H.C.F. avec le certificat suivant du Dr Lamarche : « Méningo-encéphalite syphilitique ».

A été amené à l'H.C.F., en état d'ivresse, par les agents. Toxicomane avoué. Avoue également avoir contracté la syphilis à Tunis.

A l'H.M.M.M. il déclare avoir fréquenté les maisons de prostitution et n'avoir jamais contracté la syphilis.

En tout cas, il nie avoir été soigné.

A l'examen mental, on note un gros affaiblissement intellectuel, lenteur de l'idéation, raisonnement obtus, jugement inexistant, désorienté dans le temps et dans l'espace, pas d'idées de grandeur.

A l'examen physique, le malade se présente avec un tremblement modéré des mains et de la langue, il a de la dysarthrie, de l'achopement des syllabes et traîne sur la fin des mots.

Pupilles déformées, réagissant mal à la lumière.

Les réflexes tendineux sont normaux.

La P. L. pratiquée le 22 octobre 1936 à l'H.M.M.M. donne :

Albumine : 0,85 ; Lympho : 12 ; B.W. : + + + + ; B. C. : 12200.00000.

Sang : B.W. : + + + + ; Kahn : + + + +

On institue un traitement au stovarsol.

Actuellement, l'état général du malade est un peu amélioré, mais il reste toujours très diminué au point de vue mental.

OBSERVATION N° 20

Malade Knou, (aucun renseignement n'a pu être fourni sur lui.)

Amené de Sfax. Nous avons appris plus tard qu'il avait été domestique chez un instituteur des îles Kerkenna.

Entré à l'H.M.M. le 22 octobre 1936, venant de l'H.C.F., avec le certificat suivant du Dr Lamarche : « Méningo-encéphalite syphilitique ».

A l'examen mental, le malade est aphasique, ne comprend aucune question posée. Son état démentiel est profond, ses lèvres sont animées d'un tremblement incessant, il ne peut manger seul, il est gâteux, il se promène à petits pas d'un air égaré et tâte les objets avec maladresse.

L'examen neurologique montre : les réflexes tendineux, vifs, la pupille droite plus grande que la gauche, réagissant à la lumière, état général : cachectique.

Examens de laboratoire :

A l'H.M.M. : Sang : B.W. : + + + + ; Kahn : + + + +

L.C.R. : Albumine : 1,5 ; Lympho : 5 ; B.W. : + + + + ;

B. C. : 12222.22221.00000.

Le 22 novembre 1936, le malade meurt par cachexie nerveuse.

OBSERVATION N° 21

(1re femme)

Malade Babouna, âgée d'environ 50 ans, veuve, éthylique avérée (vin, spiritueux, eau de Cologne).

Entrée à l'H.M.M.M. le 12 mai 1936.

Affaiblissement intellectuel net, troubles de l'attention, de la mémoire, de l'autocritique.

Désorientée dans le temps et dans l'espace, présentation hypomaniaque, volubilité, fuite des idées, familiarité, fausses reconnaissances continuelles, érotisme, réclame des hommes.

A l'examen somatique, on ne trouve pas de signe de précirrhose, ni de polynévrite. Cependant, les achilléens sont faibles, les rotuliens sont nets, pas de Romberg, marche normale.

Les pupilles sont inégales, irrégulières et paresseuses.

La P. L. pratiquée à l'H.M.M.M. le 15 mai 1936 donne :

Albumine : 0,20 ; Lympho : 96 ; B.W. : + + + + ; B. C. : 22222.22222.00000.

La malade a présenté de l'albuminurie et de la glycosurie. Ses troubles ont empêché l'institution d'un traitement spécifique, mais l'isolement et la privation d'alcool ont grandement amélioré son état physique.

Actuellement, la quantité d'albumine et de sucre ayant considérablement diminué un examen oculaire, va être pratiqué, qui décidera de l'opportunité d'un traitement stovarsolé ou d'une impaludation.

OBSERVATION N° 22

(2^e femme)

Malade Ména, âgée d'environ 55 ans ; née et habite Mahdia.

Entrée à l'H.M.M.M. le 13 août 1936, venant de l'H.C.F., avec le certificat du Dr Lamarche suivant :

« Démence sénile, incohérence, amnésie de fixation, excitation psychomotrice ».

Dans ses antécédents, on note du théisme, mais pas d'alcoolisme, dit la famille.

A l'entrée, le certificat de 24 heures du Dr Mareschal porte :

« Atteinte de démence organique, séquelles d'hémiplégie, droite avec aphasie, tremblements, instabilité motrice, mauvais état général ».

« Possibilité d'une paralysie générale sous jacente ».

La ponction lombaire pratiquée le 20 août 1936 donne les résultats suivants :

Albumine : 0,50 ; Lympho : 1,6 ; B.W. : + + + ; B. C. : 12222.22210.00000.

A l'impaludation, le 5 septembre 1936, grosse réaction asthénique. On lui fait des injections d'huile camphrée pendant huit jours. Le 12 septembre, commence le premier des 4 accès palustres typiques, avec présence vérifiée de plasmodium vivax dans le sang.

Traitement du paludisme à partir du 23 septembre puis série de cacodylate le 2 octobre ; stovarsol le 23 octobre : 0 gr. 50 ; stovarsol le 27 octobre : 1 gramme.

Le malade fait de nouvelles réactions avec état hypothermique. On arrête le traitement au stovarsol.

Le malade meurt le 13 novembre 1936, dans un état cachectique, avec diarrhée profuse et agitation.

OBSERVATION N° 23

(3^e femme)

Malade Menena, âgée d'environ 50 ans, veuve, née et habitant à Tunis. Alcoolique.

Entrée à l'H.M.M., le 14 novembre 1936, avec un certificat du Dr Hadjoudj, concluant à l'aliénation mentale.

Les voisins sont unanimes pour affirmer ses habitudes d'alcoolisme.

Dans ses antécédents : il serait aperçu chez la malade une éruption cutanée prurigineuse.

La malade n'a jamais eu de traitement anti-syphilitique. Depuis 8 ou 10 ans, crises épileptiformes, qui paraissaient amnésiques au début mais qui, depuis 6 mois sont brutales et amnésiques.

Le 1er mai 1936, ictus suivi d'un état de confusion stuporeuse, entrecoupé de crises très rapprochées (état de mal).

Un traitement du Dr Hadjoudj la fait sortir progressivement de cet état d'amnésie lacunaire. Quelques temps après, désorientation dans le temps et dans l'espace. La malade devient turbulente et son agitation oblige sa famille à l'isoler.

Dans le service, la malade est profondément démente, aphasique, mâchonnement continu, paraît avoir des hallucinations visuelles, pas de troubles de la réactivité tendineuse et pupillaire. Etat pré-cachectique avec escharres.

La ponction lombaire donne les résultats suivants :

Albumine : 0,70 ; Lympho : 3 ; B.W. : + + + + ; B. C. : 22222.22221.00000.

Le 11 décembre 1936, la malade est rendue à sa famille contre l'avis du médecin Directeur, dans un état cachectique.

OBSERVATION N° 24

Malade Bousnina, âgé de 63 ans, architecte-expert, entré le 20 novembre 1937, à l'H.M.M.M. avec un certificat médical du Dr Hadjoudj portant :

« Est atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement intellectuel, de la dysarthrie, du tremblement, une euphorie niaise ».

Depuis cette époque sont apparus progressivement des troubles mnésiques, de l'indifférence affective, un relâchement bientôt complet dans les pratiques religieuses qui a d'autant plus frappé la famille qu'il était anciennement plus dévot.

L'irritabilité s'accroît chaque jour.

Le malade devient débraillé, on note de la coprolalie et de la boulimie.

Aucune notion de syphilis dans les antécédents. Alcoolique, il buvait de la boukha avec excès.

Le malade est marié. Sa femme et ses quatre enfants sont bien portants.

A l'entrée. Présentation niaise et euphorique. L'examen mental révèle un affaiblissement global des facultés intellectuelles. Incohérence, désorientation dans le temps et dans l'espace, vagues idées hypocondriaques mais surtout mégalo-maniaques à thèmes, mystique, social et sexuel prévalents.

L'examen neurologique montre :

Du mâchonnement, un gros tremblement de la langue et des extrémités.

La dysarthrie est pourtant peu marquée.

Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

La P. L. montre :

Une hyperalbuminose,

de la lymphocytose,

une réaction B.W. fortement positive.

La réaction du benjone colloïdal montre une précipitation dans la zone paralytique.

Le malade impaludé peu après son entrée meurt avant le début des accès fébriles d'un ictus.

La vérification anatomique n'a pu être faite par suite de l'opposition de la famille.

OBSERVATION N° 25

Ma'ade Larbi, entré le 18 janvier 1938 à l'H.M.M.M. envoyé par M. Monchicourt, juge d'instruction, pour expertise médico-légale.

A Tunis, se trouvant au magasin Monoprix, Larbi fut surpris en train de dérober plusieurs objets.

Arrêté puis interrogé, il déclara à la Police puis à nous-

même, avoir acheté ces objets pour 500 francs, alors que leur valeur réelle était de 300 francs environ.

Dans les antécédents personnels, une variole à 12 ans, une fièvre typhoïde à 16 ans.

Avoue avoir contracté très jeune la syphilis, aurait fait des accidents cutanés secondaires.

Traité à l'hôpital Sadiki, puis en ville, dit avoir reçu depuis cette époque des injections intraveineuses et intramusculaires faites chez différents médecins.

Buvait du vin, de l'anisette, de la boukra, de l'absinthe, du rhum, avoue avoir été fréquemment en état d'ivresse.

Buvait également beaucoup de thé, de café, fumait le takrouri.

Marié, sa femme aurait fait trois fausses couches et aurait suivi un traitement spécifique.

Il a quatre enfants vivants et bien portants. Trois autres sont morts de maladie mal déterminée.

Le début de l'affection est marquée par des troubles du caractère, de l'irritabilité puis une certaine incohérence dans les propos et dans les actes.

Un jour, le malade déchire ses vêtements et se livre à des actes d'exhibitionnisme. Enfin, il commet l'acte médico-légal signalé plus haut.

A l'examen. Présentation hébétée et niaise avec rires immotivés.

Désorientation dans le temps et dans l'espace avec gros troubles mnésiques.

Labilité très grande de l'attention.

Incohérence dans les propos et dans les actes.

Idées délirantes à thème mégalo-maniaque prévalent, idées de richesse de puissance, de possibilités sexuelles étonnantes.

L'affectivité a complètement disparu, de courtes périodes dépressives sont à noter pendant le séjour à l'hôpital.

L'examen neurologique montre :

De la dysarthrie avec gros tremblements de la langue et des extrémités.

Du strabisme de l'œil droit, les pupilles sont égales et réagissent normalement.

Les réflexes tendineux et cutanés sont très vifs.

Pas de troubles de la sensibilité.

L'examen du L.C.R. montre :

Lymphocytes : 16 ; Albumine : 0,70 p. 1000 ; B.W. : + + + +
B. C. 122222.22222.100000.

L'examen somatique ne montre par ailleurs qu'un foie un peu gros.

Le malade est impaludé deux fois sans résultat, une troisième impaludation n'a donné qu'un accès fébrile et une injection de sulfosine a dû être pratiquée, qui a réveillé des accès se produisant quotidiennement.

OBSERVATION N° 26

Malade Houissa, 45 ans environ, épicier, grainetier, entré le 9 août 1938 à l'H.M.M.M., transféré de l'Hôpital Ernest Conseil, avec un certificat médical du Dr Ben Rais portant :

« Syphilitique + + + + ; est atteint de troubles mentaux, folie de la persécution ».

Il est porteur également d'une observation faite à l'H.E.C. nous apprenant qu'entré le 25-7-38 à l'hôpital, il faisait une hémiphégie droite avec aphasie.

Le B.W. dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est fortement positif.

28 lymphocytes, par mm³ dans le L.C.R.

Un traitement par le novarsénobenzol est institué.

Le malade qui présentait un certain état d'agitation, devient calme. Mais le 8-8-38 l'agitation reprend et le Dr Ben Haïs décide d'évacuer le malade sur un établissement spécialisé.

Le certificat de 24 h. du Dr Mareschal porte :

« Etat démentiel avec amnésie globale, désorientation, dysarthrie, tremblement de la langue et des extrémités. Rigidité et inégalité pupillaire. Ictus à répétition ».

Ben Houissa nous dit n'avoir jamais été malade, n'avoir jamais contracté la syphilis.

Il avoue avoir bu régulièrement jusqu'à il y a deux ans un quart de litre par jour, de Boukhra et beaucoup de café.

Marié, sa femme et sa fille sont bien portantes.

A l'examen mental, le malade se présente à nous déprimé, éclatant en sanglots par moment, répondant volontiers aux questions.

L'attention est soutenue, mais apparaissent rapidement des troubles mnésiques, du type d'amnésie de fixation.

Désorientation légère dans le temps et dans l'espace.

Affectivité conservée et même exagérée. Pas de troubles du sens moral.

L'interrogatoire mettra facilement en évidence un délire de persécution mal systématisé à base d'interprétations et surtout d'hallucinations visuelles, auditives, gustatives et cenesthésiques.

Onirisme nocturne, le malade est l'objet d'agression de la part de malades ou d'infirmiers armés de couteaux ou de fusils, il fuit dans le dortoir, pousse des cris, se réfugie sous son lit.

Il entend qu'on profère des menaces contre lui, saisit l'intention malveillante qui marquent certains discours ou certaines aptitudes. On se moque de lui, on crache sur son passage. On lui met dans ses aliments un poison à saveur douce.

Ce délire, à certains moments, se minimise, prenant le caractère d'un petit délire de préjudice à type présénile, accuse ses voisins de menus larcins, on lui a pris ses belghas, on lui fait des niches.

Il invoque d'ailleurs à l'appui de ces dires, le témoignage de l'entourage, qu'il accusait tout à l'heure.

A l'examen neurologique :

Tremblement fébrile des muscles de la face, machonnement, mouvement de trombone de la langue, gros tremblements des extrémités.

Dysarthrie très marquée.

Les pupilles inégales, irrégulières ne réagissent pas à la lumière.

Les réflexes tendineux sont abolis aux membres inférieurs.

Troubles de la sensibilité.

Pas de signe de Romberg.

L'examen du L.C.R. montre :

Albumine : 0,55 ; Lymphocytes : 5 ; B.W. : + + + + ; Benjoin c. 01221.22210.000000.

Le malade impaludé le 17 août 1938 fait dix accès. Et sera mis incessamment au stovarsol.

OBSERVATION N° 27

Malade Mohamed, instituteur, 45 ans.

Vient consulter pour de la fatigue, quelques troubles mnésiques qui vont en s'accroissant ; en classe, il est obligé de faire faire ses opérations par un autre.

En même temps, il est gêné pour prononcer certains mots, s'embrouille, oublie une syllabe.

Dans sa famille apparaît une irritabilité croissante. Son caractère change, autrefois sociable, il s'isole.

En même temps, apparaissent de petites préoccupations hypochondriaques, qui ne sont d'ailleurs que l'exagération de tendances anciennes.

N'a jamais été malade. Nie avoir contracté la syphilis. Mais buvait beaucoup d'alcool, buvait également du thé et du café avec excès.

Présentation hébétée et niaise.

L'examen mental révèle quelques troubles mnésiques portant sur les faits anciens et récents. Le malade est bien orienté, répond avec pertinence aux questions. Quelques idées délirantes à thème hypochondriaque.

L'examen neurologique révèle de la dysarthrie, du tremblement de la langue et des extrémités.

Les pupilles égales réagissent bien à la lumière.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Les examens de laboratoire montrent :

Sans B.W. : négatif ; L.C.R. B.W. : négatif mais hyperalbuminose, hyperleucocytose à polynucléaires.

Benjone colloïdal.

L'examen somatique est par ailleurs négatif.

Traitement.

OBSERVATION N° 28

Malade ben Salah, 45 ans, entré à la Manouba en mai 1938, conduit par sa femme avec un certificat médical du Dr Hadjoudj, qui concluait à la paralysie générale.

Depuis plusieurs mois, Ben Salah était à la charge de sa femme, ayant interrompu son travail de journalier par suite de troubles mnésiques importants, causant des erreurs continuelles dont il se rendait partiellement compte.

Ben Salah demandait à être soigné, affirmant cependant ne pas être malade. En réalité, il était indifférent à tout ce que rapportait sa femme à son sujet et répondait volontiers aux questions qui lui étaient posées.

A l'examen mental, la présentation était normale, mais on notait une énorme dysarthrie avec mâchonnement continu.

Désorientation dans le temps et dans l'espace. Amnésie rétro-antérograde, premier symptôme dont sa femme s'était émue.

Inaffectivité habituelle, tant à l'égard de sa famille que de lui-même, avec hyperaffectivité paradoxale par crises, toujours inadéquates aux circonstances. Irritabilité, pas d'impulsions violentes.

Attention très peu suivie, variable.

Pas de perversion du sens moral, pas de réactions anti-sociales.

Dans l'ensemble, affaiblissement global et profond des facultés intellectuelles, sans idée délirante, nette sans trouble psychosensoriel.

L'examen neurologique montrait, outre la dysarthrie déjà signalée et le mâchonnement, un tremblement marqué de la langue et des extrémités.

Les pupilles étaient égales, légèrement irrégulières ; paresseuses.

Les réflexes tendineux étaient vifs.

Les réflexes cutanés abd. crémast et les cutanés plantaires étaient normaux.

On ne notait aucun trouble de la sensibilité et de la motilité.

Les réactions sérologiques du L.C.R. pratiquées peu après l'internement à l'hôpital montraient :

Albumine : 0,55 ; Lymphocytes : 12 ; B.W. : + + + + ; B. C. 12222.22221.000.000

L'impaludation devait être pratiquée, au moment où nous avons quitté la Manouba.



1° — AGE

20 à 30 ans	3 cas	10,71 %
30 à 40 "	4 "	14,28 %
40 à 50 "	18 "	64,28 %
50 à 60 "	2 "	7,14 %
60 à 70 "	1 "	3,57 %

2° — PROFESSION.

a) *hommes* :

Instituteur	1
Gros commerçant	1
Contremaître	1
Petits commerçants	6
Cultivateurs	4
Militaires rengagés	2
Mineur	1
Docker	1
Ouvrier aux Monopoles	1
Jardinier	1
Journaliers	2
Domestique	1
Gardien de nuit	1
Sans profession	2

b) *femmes* :

Veuves	2
Prostituée	1

3° — INSTRUCTION.

Instruction rudimentaire ou illétrés : 25 cas sur 28.

4° — MILIEU.

Citadins dans 24 cas sur 28, leur résidence était :

Tunis	14 fois
La Marsa	1 fois
Le Kef	2 fois
Sfax	2 fois
Zaghuan	1 fois

Mahdia	1 fois
Nabeul	1 fois
Garnisons diverses (militaires) ..	2 fois

Malades s'étant expatriés au cours de leur existence.
6 cas sur 28 se rapportant :

Observation 1	Marocain
» 3	Algérien ayant fait son service militaire
» 8	Séjour en Espagne.
» 13	Service militaire
» 14	Service militaire
» 19	Militaire rengagé

5° — TOXICOMANIE.

a) *Alcoolisme* :

20 cas sur 28, soit 71,42 %

b) *Théisme, caféisme* :

Dans la majorité des observations.

6° — INFECTION PALUSTRE.

Difficile à faire préciser dans les antécédents, vraisemblable dans un grand nombre de cas.

7° — SYPHILIS.

Inconnue	17 cas
Connue non traitée	4 cas
Connue traitée	6 cas
Douteux	1 cas

Syphilis traitées

Se rapportent aux 6 observations suivantes.

Observation 8 ..	traitée au Centre antivénérien à Tunis
» 10 ..	traitée à l'H.C.F. et 2 mois au Centre A.V.T.
» 11 ..	traitée au C.A.V.T. 15 mai au 12 juin 1935.
» 14 ..	traitée en France en 1925 pendant l'occupation.
» 17 ..	traitée en ville, 15 i. m. et 6 i. v.
» 25 ..	traitée à Sadiki puis en ville (?)

8° — TROUBLES NEUROLOGIQUES.

a) *Troubles oculaires* :

Pupilles normales dans dix cas, les autres fois inégales, ne réagissant pas ou paresseuses.

b) *Association au Tabes* :

Dans 5 cas, tabes confirmé.

3 cas considérés par Mareschal et Chaurand comme des tabes incipiens.

c) *Réactions humorales* :

Nous possédons 27 ponctions lombaires sur 28 cas. La réaction de Bordet-Wasserman est toujours très fortement positive, la réaction du benjoin colloïdal a été pratiquée 18 fois seulement.

Albuminose 5 fois normale ou subnormale.

Lymphocytose souvent modérée, une fois normale (cas 14).

9° — FORMES CLINIQUES.

Forme paranoïde	4 cas
Forme expansive	5 cas
Forme dépressive	5 cas
Forme démentielle	8 cas
Forme démentielle avec atteinte organique (aphasie ou hémiplegie)	4 cas
Forme à type de bouffée délirante	2 cas

10° — TRAITEMENT.

L'impaludation n'a été pratiquée que cinq fois, les autres malades ont été traités au stovarsol d'emblée.

Sur ces cinq impaludés :

1 cas est sorti guéri

3 cas fixés

1 cas est décédé.

11° — EVOLUTION.

Guérisons apparemment complètes 3 cas

Grande amélioration autorisant la sortie 1 cas

Fixés	6 cas
En traitement sans résultats actuellement connus	2 cas
Malades sortis contre avis du médecin	2 cas
Malade transféré	1 cas
Morituri sortis	3 cas
Décédés	10 cas

12° — MODE DE DECES.

Ictus	5 cas
Cachexie nerveuse	4 cas
Accidentellement	1 cas



Troisième Partie

Conclusions tirées de ces Observations

A. — AGE.

Parmi les malades dont nous rapportons l'observation, notons l'absence de paralysie générale infantile et de paralysie générale juvénile. La paralysie générale infantile, d'après la classification de Régis, surviendrait avant 12 ans, la paralysie générale juvénile entre 12 et 20 ans.

Ce fait n'est pas surprenant puisque l'hôpital de la Manouba ne possède pas de service pour les enfants arriérés ou anormaux. Lorsque les moyens d'investigation seront fournis au médecin spécialiste, la question de la paralysie générale juvénile en pays musulman pourra être mise à l'étude, jusque là la discussion ne roulera que sur des impressions.

D'après la même classification de Régis, nous relevons parmi nos malades, trois observations de paralysie générale précoce, c'est-à-dire survenue entre la 20^e et la 30^e année. Si nous ramenons à cent le nombre de nos observations, nous avons une proportion de 10 % de cas, qui n'est pas négligeable.

L'âge d'apparition le plus habituel de la paralysie générale est située entre 30 et 50 ans. Ce fait a été relevé pour 78 % des cas dont 4 entre 30 et 40 ans et 18 entre 40 et 50 ans.

Signalons enfin, deux cas de malades atteints entre 50 et 60 ans, et un cas de paralysie générale sénile survenu à 63 ans.

L'âge habituel d'apparition de la paralysie générale semble se placer entre 40 et 50 ans conformément à ce qui s'observe en France. Notons déjà qu'à cet âge l'arabe présente fréquemment un aspect présénile très différent de celui de l'européen.

Les femmes ne semblent pas atteintes à un âge très différent des hommes, puisque deux sont âgées de 50 ans et une de 55 ans.

B. — SEXE.

Nos observations concernent 25 hommes et 3 femmes, on pourrait donc supposer que la paralysie générale musulmane est beaucoup plus fréquente pour le sexe masculin.

Ces chiffres n'ont pourtant qu'une valeur très relative. Les coutumes qui tiennent la femme à l'écart de toute activité publique, font envisager difficilement son séjour à l'Asile. Une famille entière sera tyrannisée par une aliénée sans être tentée de l'envoyer à l'hôpital.

Maintenue en dehors de la société, surveillée par ses compagnes, la malade commettra rarement les actes anti-sociaux qui motivent en France l'intervention des pouvoirs publics. On est donc peu surpris du petit nombre de femmes hospitalisées à la Manouba, mais on éprouve une difficulté actuellement insurmontable pour établir la fréquence réelle de la paralysie générale chez les Musulmans.

Les femmes dont nous rapportons l'observation, sont une veuve dont on a peu de renseignements, une prostituée soumise à la surveillance des pouvoirs publics et une femme plusieurs fois remariée dont les extravagances dues en partie à de trop abondantes libations, ne purent échapper à un entourage, en partie constitué par des européens.

En Algérie, sur 40 paralysies générales musulmanes, le Pr. Porot ne trouve que 4 femmes. Au Maroc, Donadieu mentionne leur absence parmi ses observations de paralysie générale indigène.

C. — MILIEU.

Les conditions de milieu jouent, pour certains auteurs, un rôle important dans l'évolution des formes nerveuses de la syphilis. La fréquence croissante de la méningo-encéphalite syphilitique, chez les Arabes, fait supposer que le mode de vie de l'indigène est très différent aujourd'hui de ce qu'il était autrefois et que la maladie se rencontre surtout dans les milieux européens.

a) *Milieu social des P. G.*

Dans les observations rapportées plus haut, aucun cas n'est susceptible de vérifier cette opinion si ce n'est, à la rigueur, celui de cet instituteur qui, bien que demeuré fidèle aux mœurs musulmanes, parle et enseigne le Français. Aucun cas de paralysie générale n'a pu être relevé dans les milieux aisés, sensibles aux influences européennes. Les malades traités à la Manouba sont de petites gens traditionalistes, ignorant notre langue et même nos usages.

Restait à vérifier, si ces malades n'avaient pas quitté leur milieu et s'ils n'avaient pu, même passagèrement, adopter des habitudes nouvelles. De fait, six se sont expatriés, deux originaires de l'Algérie et du Maroc, n'ont pas quitté les pays musulmans, un autre a fait un séjour de plusieurs mois en Espagne, trois enfin ont été appelés en France pour répondre à des obligations militaires, l'un d'eux a rengagé son temps terminé.

Sans vouloir minimiser l'importance de ces changements, il est utile de remarquer qu'ils n'ont pas modifié le comportement social ultérieur. Nous avons même noté que les militaires étaient revenus de la Métropole ignorant le Français.

b) *Profession des P. G.*

Etant donné que la paralysie générale s'est multipliée depuis quelques années chez les indigènes musulmans, les partisans de l'importance des influences sociales nouvelles sur la marche de la syphilis arabe doivent admettre que cette maladie réalise des atteintes nerveuses dans des corporations récemment apparues en Afrique du Nord.

En réalité, nos malades sont de petits commerçants, des cultivateurs, des journaliers ou des manœuvres restés très à l'écart de l'influence française. Dans ces conditions, beaucoup de musulmans devraient, semble-t-il, faire une paralysie générale avant le boutiquier de la ville arabe qui tient la même échoppe que son père ou le cultivateur qui laboure le champ de ses ancêtres. Ajoutons que même dans la métropole, journaliers et manœuvres ne constituent pas la quintessence des individus civilisés.

De toutes façons, nous sommes loin de la paralysie générale aristocratique des classiques, survenant chez des intellec-

tuels exerçant des professions libérales et chez les militaires. Les faits sont superposables aux constatations rapportées en France et montrant la fréquence de la paralysie générale dans les classes modestes de la Société. Enfin, ni le surmenage intellectuel, ni l'effort physique, ne peuvent être invoqués dans ces professions où semble régner la nonchalance de jadis et le recours fréquent à de longues heures de sommeil.

c) *Les P. G. musulmans sont des citadins.*

Sur 28 cas de méningo-encéphalite, 24 ont été rencontrés chez des Arabes habitant la ville. Ces citadins dans 50 % des cas, habitaient Tunis.

Bien que peu évolués, ces Arabes étaient tout de même plus civilisés que les indigènes perdus dans le bled. De là, à conclure au rôle néfaste de la civilisation, il y a un pas aisé à franchir.

Il faut remarquer d'abord que la paralysie générale n'est pas la seule maladie mentale dont le chiffre soit aussi élevé dans la capitale de la Régence. Les statistiques des entrées à l'hôpital de la Manouba montrent pour l'ensemble des psychopathies :

En 1935	54 %	des malades	habitant	Tunis
1936	38 %	»	»	»
1937	45 %	»	»	»
1938	37 %	»	»	»

La moyenne de ces chiffres, soit 43 % est assez voisine du nombre de 50 % donné tout à l'heure pour la paralysie générale musulmane. C'est donc à Tunis qu'on trouve le plus d'aliénés et parmi eux de P. G. La question de la syphilis nerveuse ne se singularise pas de celles des autres psychopathies, et on comprend mal la publicité qui lui a été faite.

Il est facile d'expliquer la fréquence de la P. G. dans les villes, sans chercher un argument aussi subtil que celui de la civilisation. On peut imaginer, par exemple, qu'une maladie contagieuse fait plus de ravages dans une agglomération que dans un douar isolé ; on s'étonnerait sans aucun doute de voir soutenir que la tuberculose est plus fréquente dans les villes, parce qu'on y rencontre plus d'intellectuels.

D'autre part, la fréquence de la paralysie générale comme celle de toutes les maladies mentales, peut être surtout apparente dans les centres urbains. On verrait la syphilis nerveuse

dans les villes parce que son dépistage s'y trouve singulièrement facilité.

Mareschal et Chaurand ont fait valoir les premiers cet argument.

« Que cette maladie, disent-ils, frappe un citadin ayant un magasin et des clients, ces derniers ne seront pas longs à se rendre compte des petites erreurs sur la monnaie, des commandes oubliées et du défaut de surveillance ».

On pourrait ajouter que les extravagances d'un aliéné qui peuvent être tolérées dans le bled, ne sauraient échapper en ville, à l'attention des pouvoirs publics, qui placent aussitôt le malade à l'Asile. Le respect mystique qui entoure le psychopathe dans les campagnes n'est plus de mise dans les villes où l'on trouve beaucoup d'européens. Pendant que le campagnard délire, entouré de la bienveillance de tout le village, le pauvre citadin est acheminé vers l'Asile chargé de la réprobation causée par ses erreurs sur la semoule et l'affirmation de particularités anatomiques qu'il rend trop évidentes.

Les campagnards traités à la Manouba avaient su se rendre si odieux qu'ils n'étaient plus tolérés par leur famille. Brika, malade de l'observation 13, avait appris en France à boire de l'alcool qui était devenu bientôt sa préoccupation dominante. Revenu dans ses foyers, il se procurait ce qu'il pouvait et s'intoxiquait méthodiquement avec du vin, de l'eau de vie de palme, du tabac et du café. Son activité s'était bientôt résumée à rosser quotidiennement les siens, qui se lassèrent un jour et le placèrent à l'Asile.

En résumé, il semble que ni la civilisation, ni le surmenage, ni la profession de nos malades n'aient été cause de leur paralysie générale. Nous avons toujours eu à faire à de petites gens, illétrés pour la plupart, vivant conformément aux usages musulmans. Citadins, ils se sont trouvés plus exposés à la syphilis que les fellahs isolés de la campagne. Dans les exemples que nous avons donnés, ils en ont choisi de bons, mais aussi de mauvais, tels que l'alcoolisme. Les P. G. de la ville ont pu être dépistés et conduits à l'Asile, il est douteux que ceux de la campagne puissent être facilement découverts.

B. — TOXICOMANIE.

Mareschal signalait dans un rapport sur l' « héroïnomanie en Tunisie », l'appétit extraordinaire des Arabes pour les toxiques.

Pour lui, certains traits du caractère musulman « ne sont pas sans présenter de grandes analogies avec la mentalité des toxicomanes ». Cette remarque empreinte d'un pessimisme voulu contient certainement une part de vérité.

L'alcool n'était pas utilisé avant l'occupation française mais de nombreux poisons étaient déjà absorbés par les toxicomanes. Le Haschich a fait l'objet d'un intéressant travail de Perrussel, l'opium et la cocaïne étaient d'usage fréquent avant l'apparition de l'héroïne, le thé et le café sont toujours bus avec excès.

Quand l'alcool fit son apparition en Tunisie, les toxicomanes s'en emparèrent sans délaisser pour cela les anciens poisons. Ils réalisèrent ainsi des imprégnations multiples lézant gravement leurs centres nerveux.

La coexistence fréquente de la paralysie générale et de l'alcoolisme chez les musulmans n'a pas manqué d'attirer l'attention sur l'action particulièrement nocive de l'alcool sur la syphilis indigène. Lacapère, dans son traité, a fourni une explication pathogénique rapportée dans la première partie de ce travail, il estime que les abus répétés réalisent un véritable traumatisme, attirant le tréponème vers les centres nerveux, comme vers un lieu de moindre résistance.

La question a repris dernièrement l'actualité. Mareschal et Chaurand à propos d'une partie de ces observations, faisaient remarquer la fréquence des antécédents éthyliques chez les P. G. musulmans. Leur explication voisine de celle de Lacapère fait intervenir à l'origine des localisations nerveuses un véritable mordançage de l'encéphale et des méninges par l'alcool.

Le Pr. Porot, dans ses récentes notes sur la P. G. indigène signale 35 fois des antécédents alcooliques et insiste sur le fait, tandis que Donadiou fournit une proportion moindre mais qui est encore de 10 cas sur 24.

Nous voudrions pouvoir justifier l'opinion des auteurs précédemment cités par un exposé détaillé de l'action de l'alcool sur les centres nerveux. Malheureusement ce développement nous ferait sortir du cadre de ce travail.

En fait, il n'y a qu'à se reporter à des ouvrages tout à fait étrangers aux rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale musulmane pour constater la véracité de ces hypothèses.

Les travaux anatomopathologiques mettent en évidence les phénomènes congestifs parfois aigus observés pendant l'ivresse et portant aussi bien sur les méninges que sur les centres nerveux.

On sait également que l'alcoolisme chronique est susceptible dans les formes graves de donner des lésions qui, à part certaines images caractéristiques de la syphilis, sont très voisines d'aspect de celles de la P. G. Dans l'ensemble, cependant, les lésions créées par l'alcoolisme, n'ont pas de caractère net et comme le fait remarquer le Pr. Simonin, de Strasbourg, « l'alcool sensibilise les organes à toutes les causes ou agents pathogènes plus qu'il ne crée de lésions par lui-même ».

D'ailleurs, la clinique n'est pas moins démonstrative que l'anatomie-pathologique. La pseudo-paralysie générale alcoolique de Klippel n'est pas très rare, et réalise avec son affaiblissement intellectuel, ses thèmes délirants, sa dysarthrie, son tremblement, une entité clinique qu'il est souvent bien difficile de différencier de la méninco-encéphalite syphilitique quand on n'a pas à sa disposition les ressources du laboratoire.

L'associatoin de l'alcoolisme et de la syphilis n'est nullement particulière à l'Afrique du Nord et on constate de plus en plus en France l'existence des paralysies générales arrosées.

Cette atteinte mixte se trouve réalisée chez 20 de nos malades, l'intoxication est due parfois au vin, parfois l'eau de vie de palme, souvent à l'anisette et à la boukha, eau de vie de figue qui titre un degré élevé.

L'imprégnation éthylique est parfois si marquée que la symptomatologie alcoolique l'emporte sur celle de la P. G. C'est ainsi que le malade de l'observation 26, à son entrée à l'hôpital, faisait de grandes crises d'agitation nocturne à type onirique, bondissant à travers le dortoir et luttant avec des adversaires armés de couteaux et de fusils. Ce malade, dans la journée, se présentait comme un P. G. typique, plu-

tôt déprimé, avec dans ses antécédents, des ictus graves à répétition.

L'énorme proportion d'antécédents alcooliques chez les P. G. musulmans (87,5 % chez le Pr. Porot ; 71,4 % dans nos observations, ne doit pas faire croire que l'alcoolisme est indispensable aux localisations nerveuses du tréponème chez l'indigène.

Un quart de nos malades n'a pas d'alcoolisme dans ses antécédents, les remarques faites par Montpellier sont donc extrêmement justifiées et il est prouvé que l'arabe comme le français, n'a pas besoin de cette sensibilisation, pour faire ultérieurement une méningo-encéphalite syphilitique.

E. — PALUDISME.

Les rapports du paludisme avec la syphilis nerveuse indigène ont fait l'objet de travaux qui ont été signalés succinctement dans la première partie de cet exposé.

Il y a certainement un enseignement à recueillir de l'utilisation de la malarithérapie dans la syphilis en général et plus particulièrement dans la syphilis arabe. Malheureusement, l'action curative du paludisme dans la P. G. a donné lieu à une telle variété d'interprétations pathogéniques qu'on ne peut s'appuyer actuellement sur aucune donnée unanimement admise.

L'énumération de quelques-unes de ces théories est à elle seule assez démonstrative. C'est le rôle de l'hyperthermie invoqué par Jahnel, c'est l'antagonisme entre l'hématozoaire et le tréponème, c'est l'action du foie, de la rate et des surrénales défendue par Marinesco, c'est la perméabilisation de la barrière hémato-encéphalique aux anticorps et aux arsénicaux, ressortant des travaux de Bratiano et Gueriero que les colorants vitaux, etc., etc...

Devant la variété de ces interprétations et en l'absence de tout fait précis, nous ne pourrions dans ce court travail, qu'aborder de façon très schématique, l'influence du paludisme sur la paralysie générale indigène.

On peut classer les nombreuses explications pathogéniques signalés plus haut dans trois classes d'arguments.

1°) Ceux de l'action directe du paludisme sur la syphilis.

2°) Ceux de l'action indirecte du paludisme sur l'organisme.

3°) Ceux de l'action mixte du paludisme sur la syphilis et sur l'organisme.

Le paludisme existe à l'état endémique en Tunisie, il est logique de penser que les arabes atteints de paralysie générale et traités à la Manouba avaient, pour la plupart, au moins quelques accès palustres dans leurs antécédents. Chez plusieurs la réaction d'Henry a été recherchée et s'est montrée assez souvent positive.

On ne possède pas à la Manouba, une grande expérience de l'action curative du paludisme sur la P. G., l'impression est seulement qu'on obtient des résultats beaucoup moins favorables qu'en France. On a remarqué d'ailleurs que l'impaludation aussi bien pour les musulmans, que pour les européens ou les israélites, est très difficile à réaliser dans les mois chauds de l'année, les malades faisant des accès irréguliers et souvent atypiques.

De ces quelques données, il est impossible de recueillir une opinion nette sur la question ; il semble d'abord que le paludisme chronique n'entrave pas l'évolution de la syphilis nerveuse, avant le stade de P. G., ensuite, il ne paraît pas qu'il soit ultérieurement, par son réveil ou par une inoculation nouvelle, un élément favorable de guérison. La malaria-thérapie serait donc particulièrement efficace quand elle réalise un paludisme d'invasion chez un sujet indemne de tout accès palustre antérieur.

Si, le paludisme ne protège pas les centres nerveux contre les premières atteintes de la syphilis, c'est-à-dire s'il n'y a pas un antagonisme direct entre paludisme et syphilis, l'action bénéfique de la malaria dans nos climats ne peut s'expliquer que par une action indirecte sur l'organisme. L'accès palustre déclancherait des réactions organiques qui formeraient un obstacle aux atteintes nerveuses du trépônème et faciliteraient même l'intervention de certaines thérapeutiques. La perméabilisation de la barrière hémato-encéphalique aux anticorps et aux arsénicaux fait partie de cette catégorie d'arguments.

L'expérience montre que l'action préservatrice du paludisme à l'égard des centres nerveux se montre efficace au maximum, à un moment précis qui se situe au début de l'atteinte nerveuse méningo-encéphalique. Antérieurement la malaria ne donne aucune garantie d'évolution et ne favorise aucune thérapeutique. C'est donc sur l'encéphale et les

méninges que le paludisme exerce une action élective.

L'accès palustre avant d'être un moyen curatif de la syphilis nerveuse, constitue un véritable traumatisme des centres méningo-encéphaliques, au sens de Lacapère et peut prédisposer, semble-t-il, comme l'alcoolisme, à la paralysie générale. Cette prédisposition, il est vrai, ne doit pas être très forte car on devrait alors rencontrer les syphilis nerveuses, surtout dans les régions où le paludisme existe à l'état endémique, ce qui est contraire aux faits signalés jusqu'à maintenant.

En résumé, on ne possède encore que des notions très vagues sur les rapports du paludisme et de la P. G. indigène. L'usage de la malariathérapie en pays musulman sera certainement un champ d'études très intéressant, d'une portée même beaucoup plus vaste qui apportera au chapitre paludisme et paralysie générale quelques données nouvelles.

G. — LA SYPHILIS.

La syphilis de ces malades était ignorée dans 17 cas, elle était connue dans 10 cas, dans un cas on ne possède aucun renseignement car le sujet interné d'office était à son entrée, dans un état démentiel profond.

Syphilis ignorées : La paralysie générale dans la majorité des observations fut la première manifestation d'une syphilis ignorée. Le médecin aliéniste est seul à avoir vu ces malades qui échappent aux statistiques des syphiligraphes.

Le fait que les syphilis les plus graves sont celles qui s'accompagnent de peu de signes jusqu'à la période quaternaire semble recevoir ici une confirmation indubitable. Il faut faire cependant une réserve à cet égard, car l'arabe se soucie fort peu de manifestations cutanées qui jetteraient l'inquiétude dans l'esprit de l'européen.

Nous n'avons pu étudier, comme nous l'aurions désiré, cette hyperallergie cutanée signalée par plusieurs auteurs et qui serait un facteur important d'immunisation nerveuse. Remonter par l'interrogatoire dans les antécédents d'un arabe normal, est déjà une tâche ardue, on peut juger des difficultés rencontrées quand on s'adresse à un malade dément ou délirant. Les P. G. que nous avons pu observer ne portaient pas de cicatrices de lésions cutanées phagédéniques ni d'atteintes profondes ayant un caractère mutilant.

On peut donc supposer qu'ils ne possédaient pas ce terrain hypéallergique signalé plus haut. Nous pourrions ajouter que nous avons été amenés à examiner de nombreux malades, aussi peu touchés apparemment que les précédents par les premières atteintes de la syphilis et qui ne faisaient pourtant pas de paralysie générale. Ces phénomènes d'hypéallergie superficielle ne sont donc certainement pas les seuls à agir.

Le traitement anti-syphilitique n'a eu évidemment dans ces cas, aucune action directe sur l'évolution de la maladie. On pourrait incriminer par contre, l'absence de thérapeutique qui demeure, vraisemblablement coupable, des accidents nerveux observés ultérieurement.

Syphilis connues. — Nous avons signalé 10 observations dans lesquelles la syphilis était connue ; dans quatre d'entre elles, la maladie n'a jamais été traitée. Les remarques faites précédemment sont valables pour ces quatre cas, où on découvre aucune manifestation syphilitique assez grave pour vaincre l'indifférence du malade.

Restent les 6 cas, dans lesquels la syphilis était connue et a été traitée, ils ne constituent que 21 % des cas.

Le cas 8 assure avoir été traité au centre antivénérien de Tunis (Dr Cassar), mais les dates n'ont pour lui aucune importance. Il porte sur la verge une cicatrice profonde, due vraisemblablement à un chancre mixte.

Le cas X entré en septembre 1935, affirme après sa guérison, avoir suivi un traitement de deux mois seulement au centre antivénérien de Tunis (Dr Cassar) en 1933, nous n'avons aucun renseignement sur l'accident révélateur de la syphilis et la nature de la thérapeutique instituée, le malade ayant quitté la Manouba avant notre arrivée à l'hôpital. Nous croyons que les troubles pupillaires, les troubles de la réflexivité tendineuse, l'incoordination motrice étaient déjà assez accentués à cette époque pour que le Dr Cassar ait fait le diagnostic de tabes. Si le traitement insuffisant n'a pas empêché l'évolution de la syphilis nerveuse, il n'est peut-être pas étranger à l'amélioration rapide obtenue à la Manouba.

Le cas XI entré en octobre 1935, avait été traité du 15 mai au 12 juin de la même année, au centre antivénérien (Dr Cassar), pour syphilis tertiaire et douleurs ostéocopes, il avait reçu 10 injections de Bi-Vatol qui ne donnèrent aucun résultat.

Le cas XIV avoue avoir contracté la syphilis en Allemagne pendant l'occupation, il aurait été traité jusqu'en 1925, mais on ne peut obtenir aucune précision sur la nature de ce traitement.

Le cas XVII entré en octobre 1936, aurait contracté la syphilis quatre ans avant dans une maison de tolérance, il aurait reçu 15 injections intra-musculaires et 6 injections intraveineuses. L'incubation de la paralysie générale a donc été particulièrement courte et le traitement nettement insuffisant.

Le cas XXV se borne à affirmer qu'il a été traité à Sadiki puis en ville, il demeure vague sur l'accident révélateur et la thérapeutique instituée.

Ces données imprécises, montrent que le malade, insouciant de sa syphilis, a toujours reçu un traitement insuffisant.

Il est vraisemblable que les malades énergiquement traités n'auraient pas fait de syphilis nerveuse. MM. Sézary et Montpellier croient que les traitements insuffisants atténuent les manifestations tertiaires et prédisposent aux évolutions nerveuses. Cette théorie est vraisemblable dans 6 cas, mais jamais les faits ne sont assez probants pour emporter la conviction.

Pour conclure, on peut remarquer que la majorité des malades n'a pas été vue par les syphiligraphes, ce qui prouve que leurs statistiques ne rendent pas compte de toutes les syphilis tunisiennes et surtout de la fréquence de la paralysie générale.

D'après les renseignements, fournis par ces spécialistes, les malades fréquentent le dispensaire irrégulièrement, ils ne reçoivent que quelques injections par an, et se croyant guéris la troisième ou quatrième année, refusent la ponction lombaire proposée par le médecin. La syphilis de ces malades échappent aux syphiligraphes avant l'apparition des accidents nerveux.

Les statistiques syphiligraphiques rendent compte du nombre de malades traités dans les dispensaires, elles ont une valeur au point de vue évolutif pour les premières années de la syphilis, dans aucun cas elles ne rendent compte de la fréquence de la P. G.



Formes Cliniques de la P.G. chez les Musulmans

Nous allons essayer de synthétiser les données de nos observations et de tracer un court tableau d'ensemble de la paralysie générale chez les Musulmans.

A — INCUBATION

La durée d'incubation est difficile à établir puisque nos malades, en majorité, ignorent leur syphilis. Comme la paralysie générale apparaît au même âge en France et en Tunisie, on peut penser que l'incubation est d'une durée égale en Afrique du Nord.

Nous avons signalé précédemment l'existence d'une paralysie générale maligne dont la période d'incubation n'avait pas excédé 4 ans ; un tel cas paraît exceptionnel.

B. — DEBUT

La maladie débute soit par un épisode aigu, soit d'une manière lente et progressive.

a) *F. à début aigu.*

Le début aigu est l'accident révélateur qui force l'attention de l'entourage, ce n'est pas le début réel car l'intelligence se révèle déjà affaiblie.

Les états maniaques du début de la paralysie générale semblent rares chez les arabes, pourtant la malade Babouna était hypomaniaque ; elle manifestait une expansivité, une volubilité très caractéristiques. Sa familiarité et son érotisme lui ôtaient toute pudeur. Avec une mimique et des gestes expressifs, elle réclamait des hommes et de la boukha pour distraire son ennui.

Les états mélancoliques sont plus fréquents. Le malade M'Hâoud, par exemple, est dans un état dépressif, semi-stuporeux avec mutisme et refus d'aliment. Il extériorise parfois une anxiété assez vive s'exprimant sous forme de préoccupations hypocondriaques.

Des états d'excitation atypique alternent parfois avec ces états dépressifs, ce fait a été observé chez plusieurs de nos malades.

Les états confusionnels sont un autre mode de début. Le malade Sendi présente à son entrée : « un syndrome confusionnel avec onirisme et agitation (Dr Perrussel). Les examens pratiqués quelques jours plus tard montrent qu'il existe un affaiblissement intellectuel marqué dont l'allure avait fait penser à l'Hôpital Civil Français, une démence précoce à la période d'état.

Enfin chez deux malades des ictus révèlent la paralysie générale.

A son entrée, le malade Knou est aphasique et présente une hyperreflectivité tendineuse avec Babinski. Le malade Houissa fait des ictus à répétition. Le dernier l'amène à l'hôpital Ernest Conseil, où il est traité pour hémiplegie droite avec aphasie. Un état dépressif avec onirisme nocturne nécessite ultérieurement son transfert à la Manouba.

b) *F. à début progressif.*

Les débuts progressifs semblent plus fréquents. Souvent la maladie débute insidieusement par un *affaiblissement intellectuel*, plus ou moins rapide qui s'accompagne presque toujours de signes neurologiques. La famille ne prête pas attention à ces premiers symptômes, elle tolère longtemps son malade et ne se résout à l'internement que lorsque la turbulence, l'irascibilité, et même le barbouillage, rendent impossible l'existence familiale.

Chez 8 malades seulement, l'internement a été hâté par un acte anti-social, vol absurde, attentat à la pudeur, agressions avec coups et blessures. Ces malades sont d'ailleurs sujets à de gros troubles du caractère et passent rapidement de la satisfaction du P. G. à la colère, la méfiance, voire la jalousie de l'alcoolique.

Ces débuts progressifs ne sont pas toujours marqués par un affaiblissement intellectuel isolé.

Dans les observations 14-17-20, ce sont des phénomènes délirants qui sont le principal symptôme de la P. G.

Le malade Saad (obs. 14) manifeste une hyperactivité intellectuelle, avec projets absurdes et achats inconsidérés, plus tard il extériorise quelques idées délirantes de persécution. Le malade Amara (obs. 17), légèrement affaibli intellectuellement, fait de petites bouffées délirantes épisodiques. Le malade Mohamed (obs. 27) présente un état neurasthénique, avec apathie, irascibilité et quelques préoccupations hypochondriaques.

C. — PERIODE D'ETAT

Le plus souvent, nous ne voyons les malades qu'à la période d'état de la P. G. Ils présentent alors un état démentiel sur lequel insistent Mareschal et Chaurand et que signale le Pr. Porot.

a) *Formes démentiellles.*

Mareschal et Chaurand opposent la profondeur de la déchéance intellectuelle à la pauvreté des idées délirantes :

« Si la forme expansive de la P. G. est la plus connue, elle semble particulièrement rare chez les musulmans. Le délire est une caricature des tendances normales du caractère. Le P. G. qui se prétend milliardaire et possesseur d'une auto en or, témoigne par là et à sa façon, de son appétit de progrès matériel. C'est là un trait de caractère qui appartient plus à l'européen et au juif qu'à l'arabe.

« Si l'arabe fait une P.G. elle sera plutôt de forme démentielle, caricature de son goût pour la vie contemplative et ces formes démentiellles sont si insidieuses, si lentement progressives, si peu voyantes qu'on s'explique fort bien qu'elles passent inaperçues ».

Cette explication, quoique séduisante, ne satisfait pas complètement. Ces auteurs opposent l'appétit de progrès matériel de l'européen et de l'israélite au « goût de la vie contemplative » du musulman. Il faudrait donc savoir ce qu'ils entendent par vie contemplative.

Si on donne au terme un sens mystique, tout en admettant, comme le veulent ces auteurs, que le délire est une caricature des tendances normales du caractère, on s'étonne de l'absence du délire mystique dans la P. G. comme dans toutes les maladies mentales observées chez l'arabe.

Si par « vie contemplative » on entend rêverie ou imagination, pour les mêmes raisons, on s'étonne de la rareté des délires d'imagination et des paraphrénies chez les musulmans.

Il faut donc supposer que Mareschal et Chaurand prennent le terme, vie contemplative, dans le sens de vie végétative. Leur conception de la mentalité indigène est donc voisine de celle du Pr. Porot, qui écrit dans ses « notes de psychiatrie musulmane » :

« L'indigène musulman a une propension remarquable à la vie passive, chez lui, comme on l'a dit, la personnalité statique étouffe la personnalité dynamique ».

Pour Mareschal et Chaurand, l'adynamisme intellectuel semble être la cause susceptible d'expliquer la prédominance des formes démentiellles sur les formes délirantes, dans la P. G. indigène.

Cette opinion, évidemment basée sur une hypothèse, s'appuie, pour une large part, sur un test psychiatrique utilisé chez les européens et dont l'appréciation est totalement différente chez les musulmans.

Pour les européens, on possède un moyen d'estimation globale de n'importe quel individu, par l'évaluation de sa réussite sociale, ou mieux de son rendement social. L'appréciation est relativement aisée puisqu'on connaît le but, le point de départ et le point d'arrivée. Réussir consiste à devenir indispensable à la société qui le rend en considération et possibilités matérielles.

Rien de comparable chez la plupart des musulmans qui sont individualistes comme tous les orientaux.

Il n'est pas possible de synthétiser dans une formule les aspirations d'une population arabe, notre mission en Afrique du Nord serait terminée, si nous y étions parvenus. Ainsi le test simple et maniable chez l'européen, devient-il ici d'un usage d'autant plus compliqué, qu'on est obligé de tenir compte, de plus de facteurs individuels.

Si l'activité intellectuelle de l'arabe est surtout régie par des considérations personnelles souvent stériles pour la collectivité, elle n'en demeure pas moins un dynamisme. Nous pouvons juger la qualité médiocre, mais nous ne pouvons évaluer la quantité.

Il semble plutôt que l'indigène musulman adulte, de condition modeste, possède un psychisme infantil dans lequel il s'est cristallisé. L'âge a retiré à la pensée une partie de sa spontanéité, les facultés d'assimilation se sont endormies. Il est remarquable, en effet, de voir que l'élan vital est le même chez l'enfant dans les races arabes et françaises, c'est à mesure que l'âge avance que les divergences s'accroissent, le petit français est éduqué afin de rendre au maximum dans la société, le petit arabe est abandonné à lui-même et son activité sociale ne dépasse pas la famille ou même la tribu.

L'arabe, de condition modeste, n'apparaît donc pas comme un débile constitutionnel, sa pauvreté intellectuelle est surtout due au manque de développement de ses facultés mentales. La responsabilité en incombe, en partie, aux conditions défectueuses du milieu, en partie, à ses tendances individualistes.

Les processus de destruction ou d'involution sont d'autant plus rapides que l'évolution a été, elle-même moins poussée. Cette opinion voisine, en pratique, de celle des auteurs précédemment cités à l'avantage d'éliminer l'élément invérifiable du dynamisme intellectuel, elle réduit au minimum l'élément constitutionnel qui n'a jamais pu être démontré, elle ne s'oppose pas à une certaine activité délirante que nous aurons l'occasion, de signaler plus loin.

Une autre raison qui, croyons-nous, peut expliquer secondairement les formes démentielles fréquentes, est tirée de considérations ethniques. Les orientaux font une puberté plus précoce et une sénilité moins tardive. Nous avons vu qu'en Tunisie comme en Europe, l'âge moyen d'apparition de la P. G. est 45 ans. Un européen de 40 à 50 ans est rarement un présénile, alors que l'arabe de cet âge donne fréquemment des signes de sénilité. On peut donc supposer que le second fera une forme démentielle, alors que le premier fera une forme délirante.

Enfin Mareschal et Chaurand n'ont pas manqué de signaler une troisième cause, celle-ci fort importante, tirée des données d'une partie de ces observations. On voit beaucoup de formes démentielles dans la P. G. arabe, parce qu'on voit les malades à un stade avancé de l'affection. La famille ne prête pas grande attention aux premiers symptômes. Quand ceux-ci se précisent, elle délibère longtemps sur la conduite

à tenir, consulte le guérisseur, applique des thérapeutiques parfois surprenantes, espère et ne fait plus rien. Ce n'est qu'en dernier recours que l'aliéné est placé à l'asile, où il arrive en pleine période démentielle, conduit parfois par l'autorité qui a demandé un placement d'office.

b) *F. Délirantes.*

Nous venons de voir l'opposition que l'on a fait entre la fréquence des formes démentielles et la rareté des formes délirantes. Ces dernières existent pourtant mais leur pauvreté n'a pas manqué d'attirer l'attention. On signale surtout ces petits délires expansifs à caractère modeste, où le malade se prétend hadj, possède une petite orangerie ou deux maisons, se dit même caporal et détenteur d'une parcelle d'autorité. En réalité, ces délires d'allure modeste, ne le sont pas forcément.

S'il est un domaine où l'égalité existe entre tous les hommes, c'est bien dans celui des possibilités physiques. Le P. G. arabe affirme dans son délire les mêmes possibilités physiques prodigieuses que le P. G. européen. Il décrit avec complaisance, sa force extraordinaire, ses possibilités sexuelles étonnantes qui lui permettent de satisfaire mille millions de femmes dans une même nuit.

Si l'identité existe dans le domaine physique, c'est dans le domaine social qu'apparaissent les divergences.

Le P. G. européen qui se prétend milliardaire et possesseur d'une auto en or, témoigne, comme le fait remarquer Mareschal d'un appétit de progrès matériel. Il demeure pourtant, dans l'incidence des possibilités normales de l'individu moyen, à savoir posséder une voiture et une fortune suffisante pour jouir du superflu. Le délire étend à l'absurde ces possibilités, sans créer de débouchés nouveaux et de jouissances inédites.

Cette ascension superlative dans l'échelle sociale est d'autant plus aisée que nous sommes tous élevés dans l'idée que le plus modeste peut, par son travail et ses qualités, accéder aux plus hautes charges de la République. Les exemples de réussite abondent autour de nous ; ils font l'objet de slogans multiples fixés dans notre mémoire, par le soin de nos maîtres.

L'arabe a connu et se dégage à peine d'un régime féodal. Il sait, dès qu'il est capable de comprendre, qu'il ne sera

jamais Bey de Tunis ou Résident Général. Comme l'européen, il va dans son délire au-delà de ses possibilités réelles, mais ne sait pas prétendre à la même somptuosité, il se drape dans la personnalité de personnages vénérés, Hadjs, c'est-à-dire saints, ou gros négociants qui possèdent des troupeaux, des maisons et des orangeries, il sera caporal, grade envié, qu'il n'a pas su atteindre, et qui le fait entrer dans le clan des gradés.

Nous avons pris comme exemple les formes expansives puisque dans ce cas, le délire est particulièrement efflorescent. Nous arriverions aux mêmes conclusions avec les formes dépressives où l'on rencontre aussi des idées délirantes. Le nombre relativement élevé des formes paranoïdes vient d'ailleurs appuyer notre thèse et montrer que le pouvoir délirant n'est pas si faible qu'on veut le dire. Si on admet que la capacité délirante est en raison inverse de la débilité, on est contraint de reconnaître que le fond mental ne devait pas être si bas chez nos P. G. puisqu'on rencontre chez eux une proportion aussi forte de délirants.

Rappelons que les formes expansives ont été observées dans cinq cas.

Les formes dépressives : dans cinq cas.

Les formes paranoïdes : dans quatre cas.

Les bouffées délirantes : dans deux cas.

Les formes démentiellles : dans douze cas.

D. — SIGNES NEUROLOGIQUES

Les signes neurologiques sont fréquemment associés aux troubles mentaux. Nous aurons l'occasion de signaler l'association fréquente au tabes.

a) *Troubles oculaires.*

Les troubles oculaires semblent beaucoup plus rares qu'en Europe. Ce fait avait été signalé par Cuenod et Nataf au Congrès de Médecine de Tunis en 1934.

Nataf, après la communication de Mareschal et Chaurand, à la Société de Médecine de Tunis en 1937 sur « la P. G. musulmane », avait résumé au cours de la discussion, les termes de son rapport de 1934, rappelant notamment :

« Nous disions alors et nous répétons aujourd'hui... que nous n'observons que très rarement les manifestations ocu-

lares de la neuro-syphilis chez les indigènes musulmans ».

« Rares, cela ne veut pas dire qu'elles n'existent absolument pas, mais en ce qui nous concerne, sur des dizaines et des dizaines de milliers de malades (plus de 250.000) observés, soit par mon maître Cuenod, soit par moi-même, il nous a été donné que rarement de relever les manifestations oculaires de la neuro-syphilis chez les indigènes musulmans ».

Dans les observations rapportées plus haut, les pupilles sont normales dans 10 cas. Dans 8 cas existe un signe d'Argyll net, les autres fois les pupilles sont inégales, irrégulières, paresseuses sans signe d'Argyll vrai.

b) *Les autres signes neurologiques.*

Dans 10 observations, on ne relève aucun signe neurologique, la réflexivité, la sensibilité, la motilité sont normales. Ces dix cas sont ceux dans lesquels on n'observe pas de troubles pupillaires.

Dans 10 observations, les signes neurologiques ne diffèrent pas de ceux observés dans la P. G. européenne.

Tremblement, dysarthrie parfois énorme, mouvements de trombone de la langue, fibrillations musculaires, péri buccales, réflexes tendineux souvent vifs.

Enfin, dans huit cas existait une association tabes P. G.

Dans cinq cas, le tabes est typique et possède une symptomatologie identique à celle décrite actuellement en France. Trois cas possèdent, par contre, des signes plus frustes que Mareschal et Chaurand mettent au compte d'un tabes incipiens. Ces huit cas correspondent aux signes d'Argyll trouvés chez nos malades et que nous signalons plus haut.

E. — REACTIONS HUMORALES

La ponction lombaire a été pratiquée 27 fois seulement, un malade étant décédé accidentellement peu après son entrée à l'hôpital.

Le taux de l'albumine est généralement élevé, cinq fois cependant il était voisin de la normale.

Sauf dans l'observation XIV, la lymphocytose est constante, sans atteindre cependant des chiffres très élevés.

La réaction de Bordet-Wassermann se montre toujours très fortement positive.

La réaction du benjoin colloïdal a été recherchée 18 fois, elle a toujours montré des précipitations très caractéristiques

de la paralysie générale. Cette réaction n'a pas été faite dans tous les cas parce qu'à l'ouverture de l'hôpital de la Manouba l'organisation matérielle était insuffisante. Par la suite, l'Institut Pasteur de Tunis a bien voulu se charger de ces examens.

F. — LE TRAITEMENT

Le traitement varie suivant les cas. La thérapeutique la plus fréquemment instituée fut le stovarsol seul, par séries d'injections intra-musculaires, comportant chacune vingt piqûres. L'examen du fond d'œil avait été pratiqué avant chaque série et parfois plus souvent. Aucune complication n'est à signaler.

L'impaludation a précédé dans cinq cas la cure stovarso-lique. Dans un cas, il y a eu réimpaludation quelques mois plus tard (obs. XIII).

On demeure embarrassé pour émettre une opinion même très vague, en face d'une si petite expérience.

Nous avons déjà signalé que l'impaludation est difficile à réussir. Les accès s'éteignent d'eux-mêmes, souvent après la troisième ou quatrième poussée thermique. Ces difficultés d'impaludation sont surtout nettes dans les mois chauds de l'année.

Les résultats de la malariathérapie paraissent inconstants.

Dans un cas, la guérison semble complète et durable. Trois cas paraissent fixés. Un cas enfin doit être mis en dehors de cette statistique, le malade étant mort d'un ictus avant l'apparition des accès thermiques.

Après l'impaludation, nous n'avons jamais observé de délires post-malariques, contrairement à ce qui est noté chez les européens et les israélites.

Il est utile de signaler que l'état de démence, parfois très profond, est un facteur particulièrement défavorable à la réussite de la thérapeutique par le stovarsol seul, ou après impaludation.

Il est vraisemblable que pour l'indigène musulman comme pour l'européen, un diagnostic précoce améliorerait sensiblement les chances de guérison.

G. — EVOLUTION

Dans une statistique d'ensemble, on peut résumer l'évolution de la manière suivante.

Trois cas de guérison apparemment complète.

Un cas avec amélioration très satisfaisante autorisant la sortie de l'hôpital et la reprise d'une activité.

Six cas où les malades ont été fixés dans leur état.

Deux cas où le traitement impaludation et stovarsol est trop récent pour donner des résultats définitifs.

Un cas où le malade a été transféré et où on ne possède plus de renseignements.

Deux cas de malades sortis contre l'avis du médecin.

Trois malades pour lesquels un pronostic fatal avait été porté et qui furent rendus à leur famille, sur la demande instante de celle-ci.

Dix cas de malades décédés.

Cinq fois par ictus.

Quatre fois par cachexie nerveuse.

Une fois accidentellement.

H. — FREQUENCE DE LA P. G. MUSULMANE

Nous ne pouvons terminer cet exposé, sans parler, même succinctement, de la fréquence de la P. G. musulmane.

Nous avons signalé au début de ce travail, le malentendu résultant de l'extrême rareté de la P. G. dans les dispensaires anti-vénériens et de sa présence dans les asiles.

Les spécialistes qui traitent la syphilis aux divers stades de son évolution, ont établi des statistiques qui, par la divergence des chiffres obtenus, suscitent les réactions les plus diverses et les plus vives discussions.

Les médecins syphiligraphes font valoir la fréquence exceptionnelle des cas de P. G. en regard du nombre considérable des syphilis traitées dans les dispensaires antivénériens.

Pour eux, les observations récemment publiées, constituent un pourcentage encore tellement faible qu'il ne saurait modifier sensiblement le dogme de la rareté défendu par les anciens auteurs.

Les aliénistes, de leur côté, rapportant le nombre des P. G. internés au nombre des aliénés traités dans leur hôpi-

tal, obtiennent un pourcentage très voisin de celui publié pour les asiles de France. Ils concluent de ce fait, que la paralysie générale musulmane est loin d'être exceptionnelle.

Ces statistiques d'asile ont soulevé de sérieuses critiques surtout de la part des syphiligraphes. Ceux-ci font remarquer avec justesse, que le procédé d'appréciation dont usent les aliénistes, aborde la question de façon tout à fait détournée et qu'il ne saurait, en aucun cas, rendre compte du nombre des syphilis qui évoluent vers la P. G.

Les aliénistes en conviennent aisément, mais ils font remarquer, à leur tour, que le nombre élevé des maladies mentales en Afrique du Nord, fait supposer par approximation, que la P. G. n'est pas rare chez les indigènes musulmans. Examinant ensuite les statistiques syphiligraphiques, ils s'étonnent, à juste titre, que les statistiques récentes ne mentionnent pas plus de cas de méningo-empalites syphilitiques que les statistiques anciennes, alors qu'on publie partout ailleurs de nombreuses observations. Ils concluent que les dispensaires anti-vénériens ne sont pas fréquentés par le P. G. et que les statistiques vénérologiques n'ont, à leur égard, aucune valeur réelle.

Sans prendre parti dans cette discussion, on peut rappeler les faits déjà signalés au cours de ce travail à propos de la P. G. égyptienne, portant sur 800 cas environ. Les critiques que soulevèrent ces observations sont, à la vérité, très peu justifiées. Si des erreurs de diagnostic se rencontrent dans le nombre, en l'absence de réactions sérologiques, il ne faut pas aller trop loin dans cette voie. En effet, dans ces conditions, il faudrait retirer à Bayle la pérennité de la P. G. pour la donner au premier clinicien qui a analysé le sang et le liquide céphalo-rachidien de ses malades.

Il faudra attendre plusieurs années avant que la question de la fréquence de la P. G. musulmane soit définitivement tranchée ; dans toutes les opinions rapportées plus haut, il y a, à n'en pas douter, une part de vérité.



Conclusions

L'âge habituel des premières manifestations de la P. G. paraît être 45 ans. Le sexe masculin serait plus souvent atteint. Mais les femmes, par suite de considérations sociales et religieuses, échappent à notre investigation.

La période d'incubation serait de 10 à 15 ans.

La syphilis est souvent ignorée. Quand elle est connue ou bien elle n'est pas traitée, ou bien la thérapeutique est insuffisante.

On retrouve avec une telle fréquence les abus éthyliques dans les antécédents des P. G. musulmans, qu'il est impossible d'admettre que l'alcool n'ait pas joué un rôle fragilisant sur leurs centres nerveux. D'autres toxicomanies ont pu intervenir, leur action est moins évidente.

La civilisation, le surmenage, invoqués avec tant d'insistance par les anciens auteurs, ne paraissent avoir aucune action réelle.

CLINIQUEMENT. — Dans plus du tiers des cas, nous avons observé des formes démentielles. Souvent les malades étaient à un stade moins avancé de la P. G. Deux ou trois fois nous avons constaté des formes de début.

Pour expliquer la fréquence des formes démentielles, nous avons fourni trois sortes d'arguments.

Le manque d'évolution avec cristallisation dans un état psychique infantile, en éliminant toute débilité constitutionnelle.

L'usure précoce de l'organisme due à des considérations ethniques.

Les conditions de milieu, qui sont défavorables au dépistage précoce de la maladie.

Nous avons montré, d'autre part, que les formes délirantes n'étaient pas rares et que leur pauvreté n'était qu'apparente.

Nous avons indiqué notamment l'identité des idées délirantes de puissance physique, où l'égalité existe pour tous, nous avons montré ensuite les ressemblances des autres formes de délire, proportions gardées des possibilités sociales.

Au point de vue neurologique, nous avons indiqué la quasi identité des symptômes et l'association fréquente au tabes.

Les réactions humorales sont semblables en France et en Afrique du Nord.

Les données du traitement sont encore imprécises, notamment en ce qui concerne l'impaludation.

Nous avons terminé en indiquant que si la P. G. musulmane n'est pas exceptionnelle, on ne peut se prononcer encore sur sa fréquence réelle.



Bibliographie

- ABOAB. — La neurosyphilis indigène recherchée par le signe d'Argyll. (*Thèse Alger* 1921).
- J. ABULKER. — Allergie et syphilis. Contribution expérimentale à l'étude de la syphilis chez l'indigène musulman. (*Thèse Alger* 1928).
- BENKHELIL. — Contribution à l'étude des affections neuropsychiques et de la neurosyphilis chez l'indigène musulman algérien. (*Thèse d'Alger*, 1927).
- CASSAR. — Influence de l'arsénothérapie sur la fréquence de la paralysie générale progressive et du tabes chez le musulman tunisien. (*Tunisie Médicale*, Juin 1934, N° 6).
- CUÉNOD et NATAF. — La syphilis oculaire en Tunisie. (*Congrès Médical de Tunis*, 1934.)
- DECROP. — Quelques cas de syphilis nerveuse chez des Marocains. (*Maroc Médical*, N° 76, 15 avril 1928).
- DONNADIEU. — Situation actuelle de la syphilis nerveuse indigène à forme mentale. (*Marseille Médical*, 15 juin 1939).
- DUJARDIN. — L'allergie au cours de la syphilis. (*Paris Médical*, 1924).
- DUJARDIN et TARGOWLA. — La Thérapeutique de la P.G. Rapport 32°. (*Congrès aliénistes et neurologistes*, Anvers, 1928).
- DUMOLARD. — Congrès de l'avancement des sciences, Constantine, 1927.
- DUMOLARD, AUBRY, SARROUY. — La Neurosyphilis indigène. (54^e Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences, Avril 1930).
- L. FOURNIER. — Les particularités de la syphilis arabe. (*La Clinique*, N° 202, 1933).
- GOEAU-BRISSENIÈRE. — La syphilis nerveuse chez l'indigène musulman algérien. (*Thèse*, Alger, 1926).

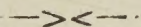
- HANOUNE. — L'allergie cutanée dans la syphilis de l'indigène algérien. (*Thèse d'Alger*, 1927).
- LACAPÈRE. — La syphilis arabe. (*Librairie Douin*, 1923).
- MARESCAL. — Rapport sur l'Héroïnomanie en Tunisie. (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, Alger 1938).
- MARESCAL et CHAURAND. — 23 cas de paralysie générale chez les musulmans. (*Tunisie Médicale*, Mai 1937). (*Rapport Congrès de Nancy*, 1937).
- MAROC MÉDICAL. — Enquête sur la neurosyphilis en pays marocain, N° 139, 15 janvier 1934 ; N° 140, 15 février 1934.
- MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse chez les indigènes d'Algérie. (*Annales des Maladies Vénériennes*, Janvier 1919).
- MONTPELLIER. — Problème de l'orientation de la syphilis chez les Nord-Africains. (*Presse Médicale*, 10 avril 1926).
- MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse en Algérie. (*Rapport du Congrès pour l'avancement des sciences*, Alger, Avril 1930).
- MONTPELLIER. — Encyclopédie médico-chirurgicale syphilis, vol. 1.
- J. M. PASCAL. — La syphilis nerveuse chez les Mossabites, (*Algérie Médicale*, N° 58, Octobre 1932).
- PERRUSSEL. —
- A. POROT. — Notes de psychiatrie musulmane. (*Annales Médico-psychologiques*, Mai 1918).
- A. POROT et SENGES. — Paralysie générale chez les Arabes. (*Annales de Médecine*, Décembre 1919).
- A. POROT et Ch. BARDÉNAT. — A propos de 40 cas de P. G. chez l'indigène. (*Société de Médecine d'Alger*, 17 décembre 1937).
- RAYNAUD, LACROIX, BOUTIN et BÉRAUD. — Les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis chez les musulmans algériens. (*Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, Mars et juin 1926).
- H. ROGER. — La neurosyphilis exotique. (*Marseille Médical*, 15 juin 1939).
- H. ROGER. — Considérations générales sur le devenir nerveux des syphilitiques. (*Marseille Médical*, 5 juin 1939.)
- SÉZARY. — Syphilis exotique et syphilis nerveuse. (*Revue Médicale*, 2 janvier 1926).
- SÉZARY. — La syphilis nerveuse. (*Masson et Cie*, Paris).
- TRABAUD. — La syphilis nerveuse chez les Arabes du proche-Orient. (*La Médecine*, Décembre 1933).



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue laira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Lu et approuvé
Le Président de Thèse :
ROGER

Vu et approuvé
Le Doyen :
Lucien CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
le 9 janvier 1930

Le Recteur :
GAU.

